

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Caractéristiques individuelles et familiales des enfants manifestant des comportements sexuels
problématiques et présentant des problèmes de comportement ou non

par

Maryse Lalancette

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître ès Sciences (M.Sc.)

Maîtrise en psychoéducation

Février 2021

© Maryse Lalancette, 2021

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Caractéristiques individuelles et familiales des enfants manifestant des comportements sexuels
problématiques et présentant des problèmes de comportement ou non

par

Maryse Lalancette

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marc Tourigny
Université de Sherbrooke

Directeur de la recherche

Mélanie Lapalme
Université de Sherbrooke

Membre du jury

Luc Touchette
Université de Sherbrooke

Membre du jury

Mémoire accepté le 1^{er} février 2021

SOMMAIRE

Les comportements sexuels problématiques (CSP) chez les enfants intéressent les chercheurs depuis le début des années 1980. Cette étude porte sur les enfants présentant de tels comportements et a pour objectif de déterminer quels sont les caractéristiques individuelles et familiales qui distinguent les enfants de 12 ans et moins présentant des CSP et des problèmes de comportement de ceux qui ne présentent pas de problèmes de comportement. Elle vise également à comparer les comportements sexuels problématiques des enfants ayant des difficultés d'ordre comportemental ou non.

Ce mémoire s'appuie sur un modèle théorique récent, soit le modèle de Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux (2016), adapté du modèle de Friedrich (2007). Ce dernier s'inspire des travaux de Greenberg, Speltz et DeKlyen (1993) sur l'étiologie des problèmes de comportement.

Cette étude est menée auprès d'un échantillon de 93 enfants, âgés de six à 13 ans ($M = 8,7$ ans ; $\text{é.t.} = 2,2$), référés au Centre d'expertise Marie Vincent en raison des CSP qu'ils présentent. Les données sont colligées à partir de questionnaires et d'entrevues administrés aux enfants et leurs donneurs de soins, à l'aide de nombreux instruments de mesure. Des analyses statistiques univariées et une analyse de régression par blocs hiérarchiques permettent ensuite de répondre à l'objectif principal de ce mémoire.

L'analyse des résultats indique que les enfants manifestant des CSP et des problèmes de comportement présentent davantage de difficultés ou d'éléments d'adversité comparativement aux enfants ayant des CSP sans problèmes de comportement. De plus, les analyses multivariées

révèlent que les enfants présentant les deux problématiques sont plus susceptibles de manifester un niveau plus élevé de stress lié aux événements vécus ainsi que d'avoir un parent ayant subi de la violence conjugale au cours de sa vie et présentant un niveau de détresse psychologique d'intensité clinique. Les résultats suggèrent la présence d'une plus grande adversité chez les enfants présentant des CSP et des problèmes de comportement, indiquant qu'il est prioritaire que les enfants présentant ces problématiques soient pris en charge par des services pouvant répondre à leurs besoins. Les caractéristiques liées à l'appartenance au groupe d'enfants ayant des CSP avec problèmes de comportement sont des facteurs associés aux problèmes de comportements extériorisés. Néanmoins, la majorité des variables ne se sont pas révélées significatives dans la différenciation des groupes à l'étude lors des analyses statistiques multivariées effectuées. Ces deux populations d'enfants se distinguent peu, suggérant qu'ils puissent tous deux bénéficier d'une intervention probante portant à la fois sur les problèmes de comportement de façon générale et des composantes spécifiques aux CSP.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIER CHAPITRE. LA PROBLÉMATIQUE	9
1. DÉFINITION DES CONCEPTS À L'ÉTUDE	9
1.1 Définition des comportements sexuels problématiques chez les enfants	9
1.2 Définition des problèmes de comportement chez les enfants	12
2. AMPLEUR ET PERSISTANCE DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES	13
3. CONSÉQUENCES DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES CHEZ LES ENFANTS	15
4. LES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT: UN FACTEUR FORTEMENT ASSOCIÉ AUX COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES	16
5. MODÈLE CONCEPTUEL	17
6. QUESTIONS DE LA RECENSION DES ÉCRITS	22
DEUXIÈME CHAPITRE. LA RECENSION DES ÉCRITS	23
1. MÉTHODE DE RECENSION	23
1.1 Identification des études	23
1.2 Critères d'inclusion	24
2. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ÉTUDES RECENSÉES LIÉES À LA PREMIÈRE QUESTION DE RECENSION	25
2.1 Principales caractéristiques observées	25
2.2 Résultats des études	27
2.2.1 Taux de problèmes de comportement chez les enfants présentant des comportements sexuels problématiques	27
2.2.2 Discussion des résultats	29
3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ÉTUDES RECENSÉES LIÉES À LA SECONDE QUESTION DE RECENSION	29
3.1 Typologie de Pither <i>et al.</i> (1998)	30
3.2 Discussion des résultats	33
4. LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES	33
5. OBJECTIFS POURSUIVIS	34
TROISIÈME CHAPITRE. LA MÉTHODOLOGIE	37
1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE	37

2.	DEVIS DE L'ÉTUDE	37
3.	PARTICIPANTS	37
4.	DÉROULEMENT	38
5.	INSTRUMENTS DE MESURE	39
5.1	Variable dépendante : problèmes de comportement	39
5.2	Variables indépendantes	40
5.2.1	Les caractéristiques individuelles prédisposant l'enfant aux problèmes de comportements	40
5.2.2	Les stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant.....	42
5.2.3	Les pratiques parentales coercitives	45
5.2.4	La qualité de l'attachement parent-enfant	47
5.2.5	La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant.....	48
5.2.6	Les comportements sexuels et leurs caractéristiques contextuelles	48
6.	MÉTHODES D'ANALYSE DE DONNÉES	49
	QUATRIÈME CHAPITRE. LES RÉSULTATS	51
1.	DESCRIPTION ET COMPARAISON DES COMPORTEMENTS SEXUELS	51
1.1	Résultats selon les types de comportements sexuels	51
1.2	Résultats en lien avec les caractéristiques contextuelles des comportements sexuels.....	52
2.	CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET FAMILIALES ASSOCIÉES AUX PROBLÈMES DE COMPORTEMENT CHEZ LES ENFANTS AYANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES.....	53
2.1	Résultats des analyses statistiques univariées	53
2.2	Résultats des analyses statistiques multivariées.....	54
	CINQUIÈME CHAPITRE. LA DISCUSSION	58
1.	PREMIER CONSTAT	58
2.	SECOND CONSTAT.....	60
3.	TROISIÈME CONSTAT	63
4.	IMPLICATIONS CLINIQUES	64
5.	FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE	67
	CONCLUSION	69
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	70

ANNEXE A. CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES.....	83
ANNEXE B. COMPARAISON DES COMPORTEMENTS SEXUELS ET LEURS CARACTÉRISTIQUES CONTEXTUELLES	85
ANNEXE C. ANALYSES STATISTIQUES UNIVARIÉES.....	87
ANNEXE D. MATRICE DE CORRÉLATION.....	90

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques et résultats des études liées à la première question de recension Annexe A
Tableau 2.	Comportements sexuels et leurs caractéristiques contextuelles selon la présence ou l'absence de problèmes de comportement chez l'enfant..... Annexe B
Tableau 3.	Caractéristiques individuelles et familiales des enfants présentant des CSP en fonction de la présence ou l'absence de problèmes de comportement Annexe C
Tableau 4.	Caractéristiques individuelles et familiales des enfants présentant des CSP en fonction de la présence ou l'absence de problèmes de comportement Annexe C
Tableau 5.	Matrice de corrélations des caractéristiques individuelles et familiales des enfants présentant des comportements sexuels problématiques Annexe D
Tableau 6.	Analyse de régression par blocs hiérarchiques : modèle final 56

PREMIER CHAPITRE. LA PROBLÉMATIQUE

Ce mémoire, sur les enfants présentant des comportements sexuels problématiques (CSP) de six à 13 ans, vise à établir s'il existe des différences significatives en fonction des CSP présentés par ceux-ci, lorsqu'il y a présence ou non de problèmes de comportement, et à identifier les caractéristiques qui prédisent la présence ou l'absence de problèmes de comportement. Le premier chapitre présente la problématique sous divers aspects, tels que la définition des CSP et des problèmes de comportement, l'ampleur et la persistance des CSP, les conséquences des CSP, les problèmes de comportement comme facteur associé aux CSP, le modèle théorique expliquant le développement et le maintien des CSP et les questions de la recension des écrits présentée au chapitre suivant.

1. DÉFINITION DES CONCEPTS À L'ÉTUDE

Cette section présente la définition des comportements sexuels et des problèmes de comportement chez les enfants.

1.1 Définition des comportements sexuels problématiques chez les enfants

Depuis le début des années 1980, chercheurs et cliniciens s'intéressent aux CSP chez les enfants (St-Amand, St-Jacques et Silovsky, 2011). Néanmoins, la littérature scientifique demeure, à ce jour, peu abondante à ce sujet (Dufour, Tougas, Tourigny, Paquette et Hélie, 2017). Aucun consensus n'existe sur une définition opérationnelle des CSP à l'enfance (Boisvert, Tourigny, Lanctôt et Lemieux, 2016), les CSP se voulant un ensemble de comportements se différenciant des

comportements d'exploration sexuelle normaux ou attendus au plan développemental (Seppanen, Cournoyer, Laniado, Jerney, Boesch et Rosenkranz, 2017) plutôt qu'un trouble de santé mentale pouvant faire l'objet d'un diagnostic (Chaffin, Berliner, Block, Johnson, Friedrich, Louis *et al.*, 2008). Le groupe de travail de l'*Association for the Treatment of Sexual Abusers* (ATSA ; Chaffin *et al.*, 2008) est le premier à proposer une définition des CSP adoptée par la suite par les cliniciens et les chercheurs (Gagnon et Tourigny, 2011). Ces experts définissent les CSP chez les enfants de 12 ans et moins comme « des comportements impliquant des parties sexuelles du corps (parties génitales, anus, fesses ou seins), inappropriés au plan développemental des enfants ou potentiellement néfastes pour ceux-ci ou autrui » (Chaffin *et al.*, 2008 ; p. 200, traduction libre). Conséquemment, les CSP présentés par les enfants prennent la forme tant de comportements dirigés vers soi ou autrui. Les enfants adoptent généralement ces comportements non pas par recherche de gratification ou de stimulation sexuelle (Silovsky et Bonner, 2003), mais sont plutôt motivés par une curiosité démesurée, par imitation, par anxiété ou par recherche d'attention ou d'apaisement de soi (Gagnon et Tourigny, 2011).

L'ATSA (Chaffin *et al.*, 2008) identifie certains indicateurs du caractère problématique des comportements sexuels chez l'enfant au plan développemental et propose l'évaluation des critères suivants à cet effet :

- A. Si le comportement sexuel dévie de la norme, selon le niveau de développement de l'enfant, son sexe ou sa culture. Ainsi, des comportements d'exhibition peuvent se révéler normaux pour un enfant d'âge préscolaire et anormaux pour un enfant d'âge scolaire, par exemple;

- B. Si la fréquence et l'intensité du comportement sexuel dévient de la norme, persistent dans le temps ou surviennent avec précocité selon l'âge attendu ;
- C. Si le degré de préoccupation de l'enfant en regard de la sexualité et des comportements sexuels nuit à son développement, alors que les CSP interfèrent de manière à remplacer des activités appropriées de point de vue de son âge, par exemple; et,
- D. Si les CSP persistent chez l'enfant malgré l'intervention d'un adulte.

Ensuite, l'ATSA (Chaffin *et al.*, 2008) propose les critères suivants afin d'évaluer le danger potentiel du comportement sexuel et la nécessité d'intervenir:

- A. La différence d'âge et de niveau de développement physique, cognitif ou psychologique des enfants, comme une différence d'âge de plus de trois ans, de grandeur ou de niveau d'intelligence entre les enfants impliqués;
- B. L'utilisation de coercition, d'intimidation ou de force, même sans leur utilisation apparente, alors qu'un enfant en position d'autorité ou de pouvoir peut utiliser ce statut pour forcer la coopération d'un autre enfant;
- C. La présence de toute forme de détresse émotionnelle chez les enfants due aux CSP, alors que des sentiments soutenus de peur, honte et culpabilité ainsi qu'un haut niveau d'anxiété sont associés aux CSP;
- D. L'interférence du comportement sexuel de l'enfant instigateur dans son développement social, alors la préoccupation pour la sexualité devient à ce point importante que l'enfant délaisse les jeux ou que celui-ci vit du rejet social en raison des comportements sexuels ; et,

E. La présence de blessures physiques causées par le comportement sexuel, chez l'un ou l'autre des enfants impliqués.

Néanmoins, certains comportements sexuels sont considérés comme problématiques en tout temps chez les enfants, s'ils sont intrusifs, planifiés ou impliquent un certain niveau d'agression, alors qu'ils dévient du développement sexuel normal chez l'enfant dans une grande variété de cultures (Silovsky, Swisher, Widdifield et Turner, 2013).

1.2 Définition des problèmes de comportement chez les enfants

Les problèmes de comportement à l'enfance sont un ensemble de symptômes comportementaux qui s'avèrent problématiques par leur sévérité et leur ingérence dans la capacité de l'enfant à négocier les tâches développementales nécessaires à son adaptation familiale et sociale, qui se maintiennent dans le temps et se manifestent dans plusieurs contextes (Campbell, 2002). Les difficultés comportementales manifestées par les enfants de la petite enfance à l'adolescence sont généralement catégorisées en deux groupes, les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés (Achenbach et Rescola, 2001).

Les problèmes de comportement intériorisés font référence aux comportements dirigés vers soi et sont des indicateurs de l'état psychologique et émotionnel de l'enfant (Liu, Chen et Lewis, 2011). Ils affectent davantage l'humeur et le fonctionnement de l'enfant que son entourage (Campbell, 2002). Les travaux d'Achenbach et Rescola (2001) permettent de déterminer au sein de ce groupe trois types de comportements, soit les comportements ou attitudes d'introversion et d'évitement des situations sociales (retrait et dépression), les sentiments et comportements de type

névrotique (anxiété et dépression) et les symptômes physiques sans cause connue (plaintes somatiques). Les troubles qui y sont généralement associés sont les troubles dépressifs, d'anxiété et somatiques (Liu *et al.*, 2011).

Les problèmes de comportement extériorisés font référence aux comportements dirigés vers l'extérieur (Campbell, 2002). Ils sont perturbateurs et ont le potentiel de blesser autrui, conséquemment, ils ont un impact direct sur l'environnement social de l'enfant (Campbell, 2002). Les travaux d'Achenbach et Rescola (2001) permettent de distinguer deux types de problèmes de comportement extériorisés, soit les comportements antisociaux de bris de règles et les comportements agressifs. Les troubles qui y sont principalement associés sont les troubles des conduites et d'opposition (Kimonis et Frick, 2015). Certains critères permettent de juger de la sévérité des problèmes de comportement à l'enfance, soit leur fréquence d'apparition, leur intensité, leur chronicité, leur diversité et le contexte dans lequel ils apparaissent (Campbell, 2002).

2. AMPLEUR ET PERSISTANCE DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES

L'importance d'étudier les CSP à l'enfance se révèle à travers l'ampleur, la persistance et les conséquences liées à cette problématique. Les sections suivantes présentent les données relatives à ces dimensions et soulignent la forte association qui existe entre les CSP et les problèmes de comportement chez les enfants.

Il n'existe, à ce jour, aucune donnée populationnelle sur l'incidence ou la prévalence des CSP chez les enfants (Dufour *et al.*, 2017), ce que Seppanen *et al.* (2017) expliquent par le manque

de consensus concernant la définition des CSP. L'ampleur de la problématique peut toutefois être appréciée par la proportion d'enfants qui commettent des agressions sexuelles rapportées aux services policiers ou à la protection de l'enfance. Aux États-Unis, en 2010, 14 % de l'ensemble des arrestations pour viol concernent des personnes d'âge mineur dont 33% ont moins de 14 ans (Sickmund et Puzzanchera, 2014).

La proportion d'enfants connus des services de la protection de l'enfance pour les CSP qu'ils manifestent renseigne également sur l'ampleur de cette problématique. Une enquête, réalisée dans les agences de protection de l'enfance de la ville de New York, révèle qu'entre 10 et 30 % des enfants pris en charge par leurs services présentent des CSP (Baker, Schneiderman et Parker, 2001). Des études québécoises dévoilent pour leur part des proportions de 7 % à 15 % chez les enfants pris en charge par les services de protection de la jeunesse (Dufour *et al.*, 2017 ; Hélie, Turcotte, Trocmé et Tourigny, 2012 ; Lepage, Tourigny, Pauzé, McDuff et Cyr, 2010).

Bien que la majorité des études qui s'intéressent à la persistance des CSP le font à partir de données recueillies auprès d'agresseurs sexuels adolescents et adultes (St-Amand *et al.*, 2011), quelques études longitudinales rapportent des taux de récidives semblables et relativement élevés chez les enfants présentant des CSP. Une étude rapporte un taux de récidive variant de 43 % à 92 % sur une période d'un an chez des enfants de 10 à 12 ans hébergés en vertu de la protection de l'enfance (Friedrich, Baker, Parker, Schneiderman, Gries et Archer, 2005). Une autre étude établit la persistance des CSP, sur une période d'un an, à 43 % chez des enfants de quatre à 11 ans placés sous le couvert de la protection de la jeunesse (Lévesque, Bigras et Pauzé, 2012). Finalement, dans leur étude visant à examiner les trajectoires des CSP chez les enfants de deux à

13 ans, des chercheurs démontrent que les CSP demeurent problématiques chez 56,7 % des enfants après deux ans (Ensink, Godbout, Bigras, Lampron, Sabourin et Normandin, 2018).

3. CONSÉQUENCES DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES CHEZ LES ENFANTS

Les études conduites au sujet des conséquences des CSP sur les enfants qui les émettent tendent à démontrer que ceux-ci sont plus à risque de vivre de l'instabilité quant à leur milieu de vie. En effet, 43 % de ces enfants vivent au moins un placement en milieu d'accueil (Silovsky et Niec, 2002). De plus, près de 80 % des agences en protection de l'enfance de la ville de New York estiment que ces enfants sont plus susceptibles de vivre de multiples déplacements de milieux d'accueil (Baker *et al.*, 2001). Selon la moitié de ces agences en protection de l'enfance, les CSP sont également une cause d'interruption dans les procédures d'adoption concernant les enfants qui les manifestent (Baker *et al.*, 2001). Par ailleurs, l'ATSA (Chaffin *et al.*, 2008) fait état des préjudices que peuvent causer les CSP sur les enfants qui les présentent, alors qu'ils sont plus enclins à intégrer le système judiciaire, plus à risque de se voir apposer l'étiquette d'abuseur sexuel ou de délinquant sexuel et, conséquemment, plus à risque de stigmatisation. En effet, ces termes, généralement utilisés pour qualifier les adultes abuseurs, suggèrent que ces enfants représentent un danger pour autrui, occasionnant la mise en place d'interventions à risque de les isoler socialement (Seppanen *et al.*, 2017).

Par ailleurs, les enfants subissant les CSP d'un autre enfant sont victimes de comportements sexuels pouvant être considérés tout aussi sérieux et dommageables que ceux émis par des agresseurs sexuels adolescents ou adultes (Chaffin *et al.*, 2008). Les conséquences de ces

comportements sur ces enfants victimes sont non négligeables (symptomatologie de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression) et ce, peu importe l'âge de l'agresseur (Allen, Tellez, Wevodau, Woods et Percosky, 2014).

Les études rapportent également des conséquences liées au donneur de soin de l'enfant qui émet les CSP, qu'il soit son parent biologique, un membre de la parenté de l'enfant, un parent de famille d'accueil ou un parent adoptif. En effet, celui-ci présente un niveau de stress élevé face à son rôle auprès de l'enfant, de la détresse associée avec le fait d'être témoin de CSP, de la détresse face à l'intervention à mettre en place en lien avec ceux-ci ainsi qu'une relation détériorée avec l'enfant (Silovsky et Niec, 2002).

En outre, les CSP représentent un défi pour les intervenants œuvrant auprès des enfants les manifestant. En effet, ils ne se sentent pas suffisamment outillés ou qualifiés afin d'intervenir auprès d'eux (Baker *et al.*, 2001 ; Shevade, Norris et Swann, 2011). L'intervention auprès de cette clientèle provoque également chez les professionnels une multitude de réactions ou d'émotions négatives (Shevade *et al.*, 2011).

4. LES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT: UN FACTEUR FORTEMENT ASSOCIÉ AUX COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES

Une recension systématique, effectuée par Boisvert *et al.* (2016), permet d'identifier les facteurs individuels, familiaux et sociaux distinguant les enfants de 12 ans et moins présentant des CSP de ceux qui n'en présentent pas. Ils recensent un total de 18 études dans le cadre de celle-ci, dont 12 précisent l'association entre les CSP et les comportements intériorisés et extériorisés.

Boisvert *et al.* (2016) concluent que les enfants manifestant des CSP sont davantage à risque de présenter une variété de difficultés comportementales. Alors que la présence de comportements intériorisés est plus grande chez les enfants avec CSP que sans, la présence de comportements extériorisés mérite une attention particulière, étant l'un des facteurs les plus fortement associés aux CSP (Boisvert *et al.*, 2016).

5. MODÈLE CONCEPTUEL

Il existe actuellement peu de modèles permettant d'expliquer le développement des CSP chez les enfants, et la plupart de ceux-ci se centrent sur le développement de CSP comme conséquence d'une agression sexuelle vécue par l'enfant (Boisvert *et al.*, 2016 ; Gagnon et Tourigny, 2011). Ces modèles théoriques, axés sur le trauma, expliquent la manifestation de CSP par l'enfant comme une réaction de ce dernier à une agression sexuelle vécue (Boisvert, Tougas, Gamet et Tourigny, 2017 ; St-Amand *et al.*, 2011). D'autre part, certains modèles, reposant sur les théories de l'apprentissage social et des systèmes familiaux, procurent une explication plus complète sur l'origine des CSP selon St-Amand *et al.* (2011). Néanmoins, ceux-ci octroient à l'histoire de victimisation sexuelle de l'enfant un rôle prédominant (St-Amand *et al.*, 2011). N'étant utiles que pour les enfants manifestant des CSP ayant été victimes d'agression sexuelle, ces modèles théoriques ne fournissent qu'une compréhension restreinte de l'étiologie des CSP, les études scientifiques démontrant qu'entre 16 % et 85 % des enfants manifestant des CSP ne présentent aucun antécédent de victimisation sexuelle (Boisvert *et al.*, 2016).

Friedrich offre, en 2007, un modèle sur le développement des CSP chez les enfants, qui s'inspire du modèle de développement des comportements perturbateurs de Greenberg, Speltz et

DeKlyen (1993). Ce modèle présente toutefois certaines limites, alors que le rôle de l'attachement, central dans le modèle de Greenberg *et al.* (1993), y est considéré comme un concept secondaire par Friedrich. Dans le cadre de leur recension systématique, Boisvert *et al.* (2016) proposent conséquemment un modèle adapté visant à décrire le développement et le maintien des CSP chez les enfants par l'interaction entre cinq domaines de risque, soit: a) les caractéristiques individuelles prédisposant aux problèmes de comportement ; b) les stressors affectant la capacité du parent à fournir des soins optimaux à son enfant ; c) les pratiques parentales coercitives ; d) la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant ; et e) la qualité de l'attachement parent-enfant.

Le premier domaine de risque fait référence à l'ensemble des facteurs individuels prédisposant l'enfant à présenter des problèmes de comportement. Greenberg *et al.* (1993) identifient parmi ceux-ci des facteurs biologiques, tels que des déficits cognitif ou langagier, alors que Friedrich (2007) invoque également la présence de certains facteurs individuels, telles que certains traits de tempérament ou le genre masculin de l'enfant.

Le second domaine concerne l'ensemble des circonstances adverses affectant la capacité du parent à fournir des soins de qualité à son enfant en raison du stress cumulatif qu'elles occasionnent. Ces stressors prennent la forme de caractéristiques parentales (par exemple, la présence de problèmes de consommation ou de santé mentale), de caractéristiques conjugales (par exemple, la présence de violence conjugale) ou de caractéristiques de l'environnement (par exemple, la pauvreté).

Le troisième domaine fait référence aux pratiques parentales punitives ou inappropriées ainsi qu'à l'absence de comportements positifs du parent envers l'enfant. Selon Friedrich (2007),

les pratiques parentales punitives ou les expériences de maltraitance vécues par l'enfant, par modelage, font en sorte qu'il devient plus susceptible d'adopter un style coercitif et intrusif dans ses relations avec autrui. Boisvert *et al.* (2016) notent qu'une relation bidirectionnelle puisse être observée alors que les comportements perturbateurs de l'enfant provoquent chez le parent l'adoption de telles pratiques parentales. Greenberg *et al.* (1993) soulignent également l'impact de l'absence de comportements positifs des parents envers l'enfant dans le développement de comportements perturbateurs.

L'apport particulier de Friedrich (2007) au modèle de Greenberg *et al.* (1993) est le quatrième domaine, soit la perturbation du développement psychosexuel de l'enfant. L'auteur stipule qu'en raison de facteurs venant perturber son développement psychosexuel, tels qu'une victimisation sexuelle ou le fait qu'il soit exposé à des comportements sexuels inappropriés d'adulte ou à de la pornographie, l'enfant apprend à entrer en relation avec les autres de manière sexuellement intrusive ou à diriger son focus sexuel vers lui-même, via la masturbation par exemple.

Finalement, la qualité de l'attachement parent-enfant constitue le dernier domaine. Vue la nature évolutive de l'attachement selon les événements vécus et les caractéristiques de l'environnement familial, ce domaine est en interaction continue avec les autres aspects du modèle (Greenberg *et al.*, 1993). Alors que le développement d'un attachement sécure avec son parent agit comme facteur de protection pour l'enfant, le développement d'un attachement de type insécure, au contraire, augmente le risque que l'enfant vive des difficultés relationnelles, démontre des

perturbations au plan de l'autorégulation et développe conséquemment des difficultés d'ordre comportemental (Greenberg *et al.*, 1993).

Tel que nommé précédemment, Friedrich (2007) illustre le développement des CSP chez les enfants à partir d'un modèle explicatif de l'étiologie des comportements perturbateurs chez les enfants (Greenberg *et al.*, 1993). Il suggère d'ailleurs que les CSP à l'enfance ne soient pas qu'une simple perturbation comportementale spécifique, mais qu'ils soient mieux expliqués par l'étude de la littérature sur l'étiologie des problèmes de comportement (Friedrich, 2005). Il propose ainsi que la probabilité de manifester des problèmes de comportement soit augmentée par une accumulation de facteurs de risques qui, en interaction constante, provoquent les difficultés présentées par l'enfant (Friedrich, 2007).

À cet égard, plusieurs modèles de développement des problèmes de comportement partagent des facteurs de risque similaires au modèle ici soumis. Tel est le cas du modèle de coercition de Patterson (2002), qui met au centre de sa théorie les pratiques éducatives des parents. Selon lui, les problèmes de comportement chez l'enfant se développent par un processus de renforcement négatif. Il stipule que les méthodes disciplinaires coercitives du parent face aux difficultés de l'enfant, elles-mêmes influencées par ses caractéristiques personnelles, démontrent à l'enfant que le recours à l'agressivité constitue une stratégie sociale efficace. La présence de stressors dans l'environnement familial, en perturbant les pratiques parentales, est également un facteur de risque au développement de difficultés comportementales à l'enfance, selon l'auteur.

Moffitt (1993), pour sa part, explique le développement des conduites délinquantes dans une perspective développementale selon l'âge d'apparition des difficultés. Elle identifie une

trajectoire de délinquance persistante, survenant à l'enfance (Moffitt, 1993). Selon l'auteure, l'enfant s'engage dans cette trajectoire dès un jeune âge et présente des déficits neurodéveloppementaux, qui, en interaction avec des éléments d'adversité familiaux et économiques, expliquent la persistance des conduites délinquantes (Piquero et Moffitt, 2014). La présence de déficits chez l'enfant est au cœur de cette théorie alors qu'il est soutenu qu'elles provoquent des pratiques disciplinaires inconsistantes de la part du parent et des difficultés relationnelles entre l'enfant et son parent qui, à leur tour, influencent le développement de problèmes comportementaux (Moffitt, 1993). Les caractéristiques du parent, comme des problèmes de santé mentale ou le statut socio-économique, constituent également des aspects influençant sa capacité de répondre aux difficultés comportementales de l'enfant (Moffitt, 1993).

L'étude de ces théories reconnues sur l'étiologie des problèmes de comportement mène à la constatation que, bien que leurs auteurs ne s'entendent pas sur les mécanismes interactionnels entre les facteurs de risque, les dimensions d'adversité identifiées par chacun sont communes. En effet, à l'exception du domaine de perturbations sexuelles, toutes ces théories rejoignent les domaines énumérés par Boisvert *et al.* (2016), de même que Friedrich (2007), soit les caractéristiques individuelles de l'enfant, les stressors affectant la capacité du parent à fournir des soins de qualité à son enfant, les pratiques parentales punitives et la relation parent-enfant (qualité de l'attachement parent-enfant), renforçant l'hypothèse selon laquelle les CSP seraient une manifestation de problèmes de comportement.

6. QUESTIONS DE LA RECENSION DES ÉCRITS

Les informations présentées précédemment permettent de supposer l'existence d'un lien entre les CSP et les problèmes de comportement chez les enfants, tel que le suggèrent les études sur les facteurs associés aux CSP et le modèle théorique proposé. La recension des écrits qui suit au deuxième chapitre consiste à explorer, dans la littérature scientifique existante, les connaissances portant sur les enfants d'âge scolaire manifestant des CSP et le lien entre ces derniers et les problèmes de comportement. Pour ce faire, elle vise à identifier la proportion d'enfants présentant des CSP et des problèmes de comportement, puis à cerner les différences en lien avec le profil psychosocial et les comportements sexuels des enfants manifestant des CSP et des problèmes de comportement de ceux qui ne présentent pas de problèmes de comportement.

DEUXIÈME CHAPITRE. LA RECENSION DES ÉCRITS

Ce deuxième chapitre présente la méthode de recension des écrits et la présentation détaillée des études recensées selon les deux questions posées, pour enfin dévoiler les objectifs poursuivis dans ce mémoire.

1. MÉTHODE DE RECENSION

1.1 Identification des études

Les études identifiées dans la présente recension ont été repérées lors d'une recherche bibliographique effectuée au mois de février 2018, dans les banques de données ERIC, FRANCIS, socINDEX et PsycINFO, à l'aide des mots-clés suivants: *sexual* behavi* problem** OR *coercive sexual* behavi** OR *inappropriate sexual* behavi** OR *reactive sexual* behavi** OR *problematic masturbatory behavi** OR *sexually aggressive behavi** OR *sexually abusive behavi** AND *aggressive behavi** OR *antisocial behavi** OR *conduct disorder** OR *conduct problem** OR *externaliz* behavi* problem** OR *oppositional defiant disorder**. Dans les banques de données ERIC, FRANCIS et socINDEX, la combinaison AND *child** est ajoutée, alors que dans PsycINFO, les limiteurs *preschool*, *school age* et *childhood* sont utilisés.

Une seconde recherche bibliographique est ensuite réalisée dans le but d'identifier les études de typologies chez les enfants manifestant des CSP afin de répondre à la deuxième question de cette recension des écrits. Les mêmes mots-clés associés aux CSP sont utilisés, en combinaison avec le terme *typolog**.

Finalement, une portion des études identifiées est localisée à l'aide des références bibliographiques de la recension systématique de Boisvert *et al.* (2016). La méthode de recension systématique utilisée dans le cadre de celle-ci est reconnue comme une pratique exemplaire (Boisvert *et al.*, 2016).

1.2 Critères d'inclusion

Afin d'être incluses dans cette recension, les publications sont évaluées en fonction des critères suivants :

- A. être une étude primaire ou une méta-analyse ;
- B. présenter la proportion d'enfants ayant des problèmes de comportement parmi un groupe d'enfants manifestant des CSP (question un) ou comparer au moins deux groupes d'enfants ayant des CSP sur la variable des problèmes de comportement (question deux) ;
- C. rapporter des résultats pour un groupe d'enfants âgés en majorité de 6 à 13 ans (la moyenne d'âge est considérée dans le cas où l'âge des participants se situe hors de ces limites) ;
- D. être rédigée en français ou en anglais.

Des 328 publications recensées lors de la première recherche effectuée, 218 sont des études primaires ou des méta-analyses. Des 26 publications recensées lors de la deuxième recherche bibliographique, six sont des études primaires. Parmi ces études, celles qui répondent aux critères de sélection énumérés ci-dessus et qui répondent aux questions de la recension sont retenues. En plus de ces deux recherches bibliographiques, les études de la recension systématique de Boisvert *et al.* (2016 ; $n = 18$) répondant aux critères sont également retenues.

Ainsi, parmi les études recensées, huit études répondent aux critères d'inclusion de la recension des écrits. Parmi celles-ci, sept études rapportent des résultats en lien avec la première question de recension, alors qu'une étude rapporte des résultats en lien avec la deuxième question de recension. Celles-ci sont sélectionnées et identifiées parmi les références bibliographiques à l'aide d'un astérisque (*).

2. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ÉTUDES RECENSÉES LIÉES À LA PREMIÈRE QUESTION DE RECENSION

2.1 Principales caractéristiques observées

Le résumé des caractéristiques des études est présenté au Tableau 1, à l'annexe A. Sept études, dont le devis est transversal, permettent de répondre à la première question de la présente recension (Baker, Gries, Schneiderman, Parker, Archer et Friedrich, 2008 ; Chromy, 2003 ; Gagnon, Bégin et Tremblay, 2005 ; Gray, Pithers, Busconi et Houchens, 1999 ; Lévesque, Bigras et Pauzé, 2010 ; Lightfoot et Evans, 2000 ; Silovsky et Niec, 2002). De ces études, deux sont québécoises (Gagnon *et al.*, 2005 ; Lévesque *et al.*, 2010), quatre sont américaines (Baker *et al.*, 2008 ; Chromy, 2003 ; Gray *et al.*, 1999 ; Silovsky et Niec, 2002) et une provient de Nouvelle-Zélande (Lightfoot et Evans, 2000).

Toutes les études sont composées d'un échantillon de convenance. En effet, les enfants sont référés ou reçoivent des services pour des problèmes de comportement sexuel (Gagnon *et al.*, 2005; Gray *et al.*, 1999; Silovsky et Niec, 2002), pour une agression sexuelle vécue (Chromy, 2003) ou de la part de la protection de l'enfance (Baker *et al.*, 2008; Lévesque *et al.*, 2010;

Lightfoot et Evans, 2000). Par ailleurs, une étude est composée entièrement d'enfants ayant vécu une agression sexuelle (Chromy, 2003).

Le nombre de participants présentant des CSP varie entre 20 et 127, bien qu'une seule étude ait un échantillon d'enfants CSP supérieur à 100 ($n = 127$; Gray *et al.*, 1999). La moyenne d'âge des enfants se situe entre 4,9 et 9,7 ans. Ils sont âgés de 2 à 13 ans, à l'exception de l'étude de Lightfoot et Evans (2000), qui utilise un échantillon constitué d'enfants de 7 à 16 ans ($M = 11,4$ ans), dont la majorité a moins de 13 ans. Tous les échantillons à l'étude sont mixtes et les proportions de garçons rapportées vont de 35 % à 76,4 %.

Deux méthodes sont utilisées par les auteurs afin d'attester de la présence de CSP. La première méthode fait appel au jugement clinique d'un professionnel (Chromy, 2003 ; Gagnon *et al.*, 2005 ; Gray *et al.*, 1999 ; Lightfoot et Evans, 2000), alors que la deuxième méthode se base sur un instrument standardisé qui, toutefois, ne sert pas à mesurer spécifiquement la présence de CSP chez les enfants mais bien la fréquence à laquelle les enfants manifestent divers comportements sexuels (Baker *et al.*, 2008 ; Lévesque *et al.*, 2010 ; Silovsky et Niec, 2002), soit le *Child Sexual Behavior Inventory* (CSBI-II ; Friedrich, Beilke et Purcell, 1989). Par ailleurs, aucune étude n'utilise les mêmes critères permettant d'attester de la présence ou non de CSP chez ceux-ci, alors que certaines études ne nomment tout simplement pas les critères utilisés à cette fin (Chromy, 2003 ; Gagnon *et al.*, 2005). Finalement, cette procédure permet de cibler les comportements sexuels dirigés vers soi ou vers autrui, à l'exception de l'étude de Lightfoot et Evans (2000) et celle de Gray *et al.* (1999), qui ne considèrent que les CSP dirigés vers autrui.

Dans la totalité des études recensées, la présence de problèmes de comportement globaux, intérieurs et extérieurs chez l'enfant est mesurée par l'*Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Achenbach, 1991; Achenbach et Rescola, 2001), un outil largement utilisé et reconnu pour ses bonnes qualités psychométriques. La version remplie par le donneur de soin, le *Child Behavior Checklist* (CBCL), est employée dans l'ensemble des études. Gray *et al.* (1999) utilisent également la version remplie par l'enseignant (*Teacher Report Form* [TRF]) et celle remplie par l'enfant (*Youth Self Report* [YSR]) et recensent la présence ou l'absence d'un trouble des conduites et d'un trouble oppositionnel en tant qu'indicateurs de problèmes de comportement. Finalement, Chromy (2003) évalue certaines manifestations spécifiques liées aux problèmes de comportement intérieurs et extérieurs, tels que l'automutilation ou la cruauté envers les animaux, à l'aide du CBCL et d'un processus d'entrevue.

2.2 Résultats des études

2.2.1 Taux de problèmes de comportement chez les enfants présentant des comportements sexuels problématiques

Le Tableau 1, à l'annexe A, rapporte les taux de problèmes de comportement obtenus dans les différents échantillons d'enfants présentant des CSP. Cinq études mesurent le taux de problèmes de comportement intérieurs au sein de leurs échantillons d'enfants ayant des CSP (Baker *et al.*, 2008 ; Gagnon *et al.*, 2005 ; Gray *et al.*, 1999; Lightfoot et Evans, 2000 ; Silovsky et Niec, 2002). Ainsi, le CBCL révèle qu'à l'échelle de comportements intérieurs, 42 % à 65 % de ces enfants obtiennent un score *t* au-dessus du seuil clinique, alors que le TRF et le YSR présentent respectivement des taux de 44 % et 35 % (Gray *et al.*, 1999). De plus, en fonction des

échelles spécifiques du CBCL liées aux comportements intériorisés, 26 % des enfants manifestant des CSP présentent un score *t* au-dessus du seuil clinique pour l'échelle anxiété-dépression, 17 % pour l'échelle de retrait social et 2 % pour l'échelle de plaintes somatiques (Baker *et al.*, 2008). Chromy (2003) ajoute que 20 % des enfants ayant des CSP présentent des comportements d'automutilation et 16 % des pensées suicidaires.

La majorité des études révèle des taux élevés de problèmes de comportement extériorisés chez les enfants manifestant des CSP selon le CBCL, soit de 74 % à 85 %. Une étude fait exception, avec un taux rapporté de 11 % (Lightfoot et Evans, 2000). Quant à eux, les résultats au TRF et au YSR révèlent des proportions de 70 % et 35 %, respectivement (Gray *et al.*, 1999). Les résultats aux échelles spécifiques de comportements extériorisés du CBCL concluent que 61 % des enfants manifestant des CSP ont un score *t* au-dessus du seuil clinique à l'échelle de bris de règles, alors que ce taux est de 57 % pour l'échelle de comportement agressif (Baker *et al.*, 2008). De plus, Chromy (2003) rapporte la présence chez les enfants ayant des CSP de comportements d'assaut à 47 %, de mettre le feu à 13 % et de cruauté envers les animaux à 35 %. Finalement Gray *et al.* (1999) retrouvent des diagnostics de trouble des conduites et de trouble oppositionnel chez 76 % et 27 % des enfants présentant des CSP.

Pour terminer, les études s'intéressant à l'échelle globale de problèmes comportementaux du CBCL (Baker *et al.*, 2008 ; Gagnon *et al.*, 2005 ; Gray *et al.*, 1999 ; Lightfoot et Evans, 2000 ; Silovsky et Niec, 2002) concluent que les enfants présentant des CSP y présentent des taux élevés, alors qu'entre 70 % et 89 % des enfants obtiennent un score *t* au-dessus du seuil clinique à cette mesure. Au TRF, ce taux est de 64 % alors qu'au YSR, il est de 41 % (Gray *et al.*, 1999).

2.2.2 *Discussion des résultats*

De façon unanime, les études concluent que la majorité des enfants ayant des CSP présentent également une variété de problèmes comportementaux, telle qu'évaluée par le donneur de soin. De la même manière, la majorité des études rapportent une proportion élevée d'enfants présentant des problèmes de comportement extériorisés, et que plus ou moins de la moitié des enfants présentent également des problèmes de comportements intériorisés, l'intervalle des résultats variant entre 42 % et 65 %. Du point de vue de l'enseignant, la proportion d'enfants présentant des CSP de même que des problèmes de comportement (globaux, extériorisés et intériorisés) tend à être élevée et similaire à celle rapportée par le responsable de l'enfant. Cependant, lorsque révélé par l'enfant, ces mêmes taux sont inférieurs à ceux des autres répondants, ce qui mène à se questionner à savoir si l'enfant sous-évalue ses propres difficultés.

3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ÉTUDES RECENSÉES LIÉES À LA SECONDE QUESTION DE RECENSION

Aucune étude ne permet spécifiquement de répondre à la seconde question de recension, puisqu'aucune ne compare un groupe d'enfants avec CSP et problèmes de comportement à un groupe d'enfants avec CSP sans problèmes de comportement. Toutefois, une étude (Pithers, Gray, Busconi et Houchens, 1998) tente de déterminer s'il existe certaines typologies parmi les enfants ayant des CSP. Elle est recensée en raison de son utilisation des problèmes de comportement dans la comparaison des groupes formés au sein de leur typologie, puisqu'elle permet ainsi d'amorcer une réponse à la deuxième question de cette recension.

3.1 Typologie de Pither *et al.* (1998)

Dans leur étude américaine au devis transversal, Pithers *et al.* (1998) tentent de définir empiriquement une première typologie d'enfants manifestant des CSP, à partir d'un échantillon de 127 enfants âgés de 6 à 12 ans ($M = 8,8$ ans), composé à 65 % de garçons. Afin d'être inclus dans l'étude, les CSP présentées par ces enfants doivent rencontrer au moins l'un des critères suivants, lorsqu'évalués par un professionnel: a) être répétitifs ; b) se maintenir malgré l'intervention ou la supervision de l'adulte ; c) être équivalent aux offenses criminelles d'adultes ; d) être envahissants, c'est-à-dire survenir à travers le temps et les situations ; ou, e) être hautement variés, ce qui signifie que les enfants doivent présenter un large éventail d'actes sexuels inattendus au niveau développemental. Les CSP sont évalués uniquement comme des actes dirigés vers autrui.

La collecte de données se fait par une entrevue individuelle et la passation d'une batterie de tests auprès de l'enfant et de son donneur de soin. Elle porte sur l'histoire de maltraitance de l'enfant, sa symptomatologie psychiatrique ainsi que l'histoire de ses problèmes de comportement sexuels. Une analyse de *Cluster* est ensuite effectuée afin de regrouper ces enfants en fonction d'une multitude de variables, soit: a) le nombre de personnes ayant abusée physiquement ou sexuellement l'enfant ; b) l'âge d'apparition du comportement sexuel problématique de l'enfant ; c) le nombre de victimes des comportements sexuels inadéquats de l'enfant ; d) le nombre d'actes sexuels impliquant la pénétration commis par l'enfant ; e) le niveau d'agression observé dans les comportements sexuels de l'enfant ; f) le genre de l'enfant ; g) le score t obtenu à l'échelle de comportements agressifs au CBCL ; h) le score t obtenu à l'échelle de problèmes sexuels au CBCL ; i) le score t obtenu à l'échelle de comportements délinquants au CBCL ; j) le score obtenu

au CSBI ; k) la présence ou l'absence d'un diagnostic de trouble des conduites ; l) la présence ou l'absence d'un syndrome de stress post-traumatique ; m) la présence ou l'absence de trouble oppositionnel ; et, n) le nombre total de diagnostics psychiatriques.

L'analyse statistique révèle une solution à cinq regroupements, à partir desquels les auteurs effectuent une série d'analyses afin de déterminer s'ils démontrent des différences significatives sur les variables suivantes: a) l'âge ; b) les scores aux échelles de syndromes du CBCL ; c) la gestion des émotions ; d) les caractéristiques du comportement sexuel ; e) les troubles psychiatriques ; f) le genre ; g) l'histoire de mauvais traitements, et ; h) la relation parent-enfant. Les groupes d'enfants aux CSP sont nommés selon les différences significatives remarquées par les auteurs entre les groupes : a) *Sexually aggressive* ; b) *Non Disordered* ; c) *Highly Traumatized* ; d) *Rule Breakers* ; et, e) *Abuse Reactive*.

Les résultats qui suivent présentent les différences entre ces groupes lorsqu'elles sont analysées en fonction des problèmes de comportements. Les enfants *Sexually aggressive* et *Abuse Reactive* se distinguent des enfants *Highly Traumatized* par le nombre élevé de diagnostics de trouble des conduites présent au sein de leurs groupes, alors que les enfants *Abuse Reactive* se différencient de tous les groupes par son haut pourcentage de diagnostics de trouble oppositionnel. Le groupe d'enfants *Rule Breakers* diffère des autres groupes par son score *t* moyen plus élevé aux échelles de problèmes comportementaux globaux et de comportements extériorisés du CBCL. Ce groupe se distingue également des enfants *Sexually Aggressive*, *Non Disordered* et *Highly Traumatized* par son score *t* moyen élevé à l'échelle de comportements intériorisés au CBCL. Pour sa part, le groupe d'enfants *Highly Traumatized* se distingue des enfants *Sexually Abusive* et *Non*

Disordered par son score *t* moyen plus élevé à l'échelle de problèmes comportementaux globaux au CBCL. Force est de constater qu'à l'exception du groupe d'enfants *Non Disordered*, les diverses mesures en lien avec la présence de problèmes de comportements, montrant des différences significatives entre les groupes, se dispersent entre ceux-ci.

Ainsi, le groupe d'enfants *Non Disordered* se distingue significativement des autres groupes par le fait qu'il présente moins de problèmes de comportement, et ce, tant aux scores *t* obtenus aux échelles du CBCL (comportements intériorisés, extériorisés et problèmes comportementaux globaux) qu'au pourcentage d'enfants présentant un trouble des conduites ou un trouble oppositionnel. De surcroît, tel que son nom l'indique, ce groupe démontre moins de sévérité sur plusieurs autres variables mesurées que les autres groupes de cette typologie, soit celles liées à l'histoire de maltraitance, aux caractéristiques des CSP, à la régulation émotionnelle, aux troubles psychiatriques (stress post-traumatique, trouble du déficit l'attention et de l'hyperactivité, nombre de diagnostics) et à la qualité de l'attachement parent-enfant. Il est donc intéressant de noter que le groupe démontrant le moins de problèmes de comportement est également celui qui présente le moins de sévérité sur une multitude des variables étudiées.

En conclusion, les problèmes de comportement présentés par les enfants composant les divers groupes de cette typologie permettent de différencier des sous-groupes d'enfants ayant des CSP, alors que la majorité des groupes se distinguent sur la nature des difficultés comportementales qu'ils présentent. Néanmoins, un groupe, soit *Non Disordered*, au contraire, se différencie d'abord car il présente moins de problèmes de comportement, mais également car il présente moins de sévérité sur l'ensemble des variables étudiées.

3.2 Discussion des résultats

La seconde question de la présente recension vise à déterminer si les enfants ayant des CSP qui présentent ou non des problèmes de comportement se distinguent en fonction des CSP présentés et de leur profil psychosocial.

L'étude recensée révèle l'existence d'un sous-groupe d'enfants présentant significativement moins de difficultés d'ordre comportemental que les autres sous-groupes étudiés. Par ailleurs, Pithers *et al.* (1998) montrent que les cinq sous-groupes formés dans leur typologie d'enfants présentant des CSP diffèrent en fonction de la nature des problèmes de comportement présentés.

Ainsi, le lien entre les problèmes de comportements et les CSP chez les enfants s'observe du fait que la majorité des groupes d'enfants étudiés en manifestent. Toutefois, comme soulevé précédemment, cette étude de typologie comporte également un groupe d'enfants se différenciant des autres car leurs enfants présentent significativement moins de problèmes de comportement que les autres groupes étudiés. Ces résultats soulèvent conséquemment certains questionnements, à savoir si les CSP sont une manifestation de problèmes de comportements, ou s'il existe diverses trajectoires dans le développement des CSP chez les enfants, puisque que certains enfants développent des CSP sans pour autant développer simultanément des problèmes de comportement.

4. LIMITES DES ÉTUDES RECENSÉES

En premier lieu, les sept études recensées en lien avec la première question posée comportent des limites méthodologiques, constituant des menaces à la validité interne et externe.

D'abord, trois des études recensées identifient les enfants présentant des CSP à l'aide d'un instrument de mesure ne servant pas spécifiquement à évaluer la présence ou l'absence de ceux-ci chez les enfants (Baker *et al.*, 2008 ; Lévesque *et al.*, 2010 ; Silovsky et Niec, 2002). Cette méthode limite la validité interne car, tel qu'énoncé par Boisvert *et al.* (2016), l'utilisation du jugement clinique des intervenants dans l'attestation de la présence de CSP chez les enfants possède la plus haute validité écologique en comparaison aux autres méthodes d'évaluation identifiées dans leur recension. Ensuite, Gray *et al.* (1999) et Lightfoot et Evans (2000) ne tiennent compte que des CSP dirigés vers autrui, ce qui limite la généralisation des résultats en ne considérant pas les CSP dirigés vers soi.

En second lieu, l'étude recensée en lien avec la seconde question posée, bien que répondant aux critères d'inclusion de la recension, ne permet pas d'y répondre spécifiquement. En effet, les problèmes de comportement ne sont pas isolés des autres variables à l'étude lors des analyses statistiques, ce qui limite les conclusions qu'il est possible d'en tirer pour répondre à la question de recension.

5. OBJECTIFS POURSUIVIS

L'objectif de la présente étude est d'identifier les caractéristiques individuelles et familiales qui prédisent la présence ou l'absence de problèmes de comportement chez les enfants présentant des CSP, âgés de 6 à 13 ans. Comme second objectif, elle vise à établir s'il existe des différences significatives en fonction des comportements sexuels problématiques présentés par les enfants de 6 à 13 ans, lorsqu'il y a présence ou non de problèmes de comportement.

Dans la poursuite de ces objectifs, le présent projet de recherche propose de contourner les limites des études recensées et précédemment soulevées de la manière suivante: d'abord, l'étude attestera de la présence de CSP chez les enfants par l'utilisation du jugement clinique d'intervenantes spécialisées dans le traitement de ces enfants. De plus, tant les CSP dirigés vers autrui que vers soi seront pris en compte. Ensuite, le nombre d'enfants constituant l'échantillon utilisé afin de conduire les analyses statistiques contribuera à obtenir une puissance statistique satisfaisante.

Comme présenté, il existe une forte association entre les CSP et les problèmes de comportement chez les enfants. Néanmoins, la littérature scientifique disponible actuellement rend difficile la description du portrait de l'enfant présentant des CSP et des problèmes de comportement en comparaison à celui ne présentant que des CSP.

La présente étude prévoit contribuer aux connaissances sur le lien existant entre les problèmes de comportement et les CSP chez les enfants en posant une question n'ayant pas été étudiée dans la littérature scientifique. De plus, l'utilisation du modèle présenté précédemment (Boisvert *et al.*, 2016) fournira un portrait complet des caractéristiques individuelles et familiales des enfants manifestant des CSP. Finalement, il est attendu de l'étude qu'elle contribue au développement des pratiques d'intervention dans le domaine des enfants présentant des CSP. En effet, le fait de distinguer les caractéristiques des enfants présentant des CSP et des problèmes de comportement ou non permettra de formuler des cibles d'intervention adaptées au portrait de l'enfant, selon qu'il présente ou non des problèmes de comportement en concomitance à ses CSP. D'ailleurs, selon Chaffin *et al.* (2008), les CSP doivent être considérés au même titre que d'autres

problèmes comportementaux et faire l'objet d'une intervention adaptée aux diverses caractéristiques des enfants.

TROISIÈME CHAPITRE. LA MÉTHODOLOGIE

1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Les données utilisées par cette recherche proviennent d'une banque de données créée dans le cadre d'une étude longitudinale réalisée par Tourigny, Gagnon et Boisvert (2006) intitulée : *Projet de recherche auprès des enfants ayant des comportements sexuels problématiques*. Celle-ci fait l'objet d'une collaboration entre le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU), le Centre d'expertise Marie Vincent (CEMV), offrant des services aux enfants agressés sexuellement et/ou manifestant des CSP et leur famille, ainsi que la chaire interuniversitaire Fondation Marie-Vincent sur les agressions sexuelles envers les enfants.

2. DEVIS DE L'ÉTUDE

Le devis de recherche de cette étude est quantitatif. Les objectifs visent à établir les corrélations existantes entre les caractéristiques des enfants présentant des CSP, soit les variables indépendantes, et la présence ou l'absence de problèmes de comportement intériorisés et/ou extériorisés, soit la variable dépendante. L'étude est transversale, les données utilisées ayant été recueillies lors de la période d'évaluation des enfants référés au CEMV dans le but de recevoir un traitement individuel en raison des CSP qu'ils présentent.

3. PARTICIPANTS

L'échantillon est constitué de tous les enfants référés au CEMV entre 2007 et 2010, à l'exception des enfants présentant une déficience intellectuelle. L'échantillon est constitué de 93

enfants âgés de 6 à 13 ans, 32 filles (34,4 %) et 61 garçons (65,6 %), dont la moyenne d'âge est de 8,7 ans (é.t. = 2,2). L'identification des CSP chez les enfants se fait à partir du jugement clinique de l'intervenante du CEMV qui, lors de l'entrevue clinique avec le parent, évalue les comportements sexuels de l'enfant. Elle met ensuite en lien l'ensemble des informations collectées avec les critères cliniques proposés par l'ATSA dans l'évaluation des CSP chez les enfants, afin d'établir si l'enfant présente des CSP d'une intensité nécessitant une intervention. Deux groupes composent l'échantillon, soit les enfants avec des CSP ($n = 25$) et les enfants avec des CSP et des problèmes de comportement ($n = 68$). Parmi les enfants qui présentent des problèmes de comportement, six ont des problèmes intériorisés, 23 ont des problèmes extériorisés et 39 présentent les deux problématiques.

4. DÉROULEMENT

Les données utilisées dans cette étude sont colligées dans le cadre du processus d'évaluation clinique de la famille faite au CEMV. La collecte de données est réalisée directement auprès du parent (ou de la figure parentale) et de l'enfant, qui doivent tous deux donner leur consentement afin de participer à l'étude. La passation des questionnaires auprès du parent est d'une durée moyenne de 105 minutes alors que celle auprès de l'enfant est d'une durée moyenne de 100 minutes. À l'exception des comportements sexuels qui sont documentés par l'intervenante du CEMV, l'ensemble des autres questionnaires sont administrés par une assistante de recherche.

5. INSTRUMENTS DE MESURE

5.1 Variable dépendante : problèmes de comportement

Les problèmes de comportement intériorisés et extériorisés sont évalués à l'aide de l'*Achenbach System of Empirically Based Assessment* (Achenbach et Rescola, 2001), plus spécifiquement le CBCL, qui vise à recueillir des données sur le portrait comportemental et émotionnel des enfants de 6 à 18 ans lors des six derniers mois. Il comporte 113 items énonçant divers comportements problématiques, que le parent ou la figure significative est appelé à décrire à l'aide d'une échelle de type Likert en trois points mesurant la fréquence des comportements : « ne s'applique pas », « plus ou moins ou parfois vrai » ou « très vrai ou souvent vrai ». Les sous-échelles d'anxiété-dépression, de retrait-dépression et de plaintes somatiques évaluent spécifiquement les problèmes de comportement intériorisés, alors que les sous-échelles de bris des règles et de comportements agressifs mesurent les problèmes de comportements extériorisés. Pour chacune des échelles, un score t est obtenu, variant entre 50 et 100, un score plus élevé signifiant la présence de difficultés plus grandes chez l'enfant. La présence de problèmes de comportement intériorisés ou extériorisés est définie, dans cette étude, par un score supérieur aux 90^e percentiles de la distribution standardisée de ces deux échelles, soit un score t fixé à 65.

La cohérence interne du CBCL, évaluée auprès d'un échantillon issu de la population générale ($n = 3210$), est de 0,90 pour l'échelle de problèmes de comportement intériorisés et de 0,94 pour l'échelle de problèmes de comportements extériorisés (Achenbach et Rescola, 2001). La fidélité test-retest, évaluée auprès du même échantillon, présente des coefficients de 0,91 pour

l'échelle de problèmes de comportement intériorisés et de 0,92 pour l'échelle de comportements extériorisés (Achenbach et Rescola, 2001).

5.2 Variables indépendantes

Les instruments de mesure concernant le second objectif sont présentés en fonction des cinq domaines de risque du modèle explicatif des CSP chez les enfants adapté par Boisvert *et al.* (2016).

5.2.1 Les caractéristiques individuelles prédisposant l'enfant aux problèmes de comportements

Le questionnaire maison de renseignements généraux du CEMV, complété par le parent, permet de documenter le groupe d'âge de l'enfant (6 à 9 ans et 10 à 13 ans) ainsi que son sexe.

Le niveau de compétences verbales de l'enfant est mesuré à l'aide la forme A de *l'Échelle de vocabulaire en images Peabody* (EVIP; Dunn, Thériault et Dunn, 1993). Il s'agit d'une tâche de désignation d'images durant laquelle le sujet doit choisir, parmi les quatre images présentées sur une carte, celle qui correspond le plus au mot formulé à haute voix par l'intervieweur. Ce test standardisé est constitué de 170 items, présentés en ordre croissant de complexité, dont la passation est interrompue lorsque le sujet échoue à six reprises lors de huit présentations de cartes consécutives. Le score total brut obtenu varie de 1 à 170, un score plus élevé étant associé à un meilleur niveau de compétences verbales. Il est ensuite converti en percentile puis associé à un niveau de compétences verbales (faible à moyen bas et moyen haut à excellent). Dunn *et al.* (1993) rapportent pour cet instrument, lorsqu'évalués auprès d'une population franco-canadienne, une cohérence interne médiane 0,81 ainsi qu'un coefficient de fidélité test-retest de 0,72.

Une version adaptée et modifiée du *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-age Children* (K-SADS; Kaufman, Birmaher, Brent, Rao, Flynn, Moreci, *et al.*, 1997) est administrée à l'enfant et son parent sous forme d'entrevue diagnostique semi-structurée afin d'évaluer les épisodes actuels et passés de psychopathologies chez l'enfant. L'échelle d'évaluation du stress post-traumatique chez l'enfant est utilisée afin de documenter si l'enfant a vécu soit aucun ou plus d'un évènement traumatique à l'aide de la sous-échelle nommée évènements traumatiques, sans référer à une période précise. Dix-sept items sont complétés de manière dichotomique (« oui » ou « non ») par l'intervenant. Il n'existe aucune propriété psychométrique pour cette version adaptée de l'instrument.

Complétée par l'enfant, la version francophone (Hébert, Tremblay et Parent, 1995) du *Social Support Scale for Children* (SSSC; Harter, 1985) permet de documenter la présence de soutien social de l'enfant. La sous-échelle nommée ami proche est spécifiquement utilisée afin de documenter si l'enfant bénéficie du soutien social d'un ami proche. L'enfant répond au questionnaire de six items à l'aide d'une échelle en quatre points, alors que quatre représente le niveau de support le plus élevé et un le niveau de support le moins élevé. Le score brut obtenu varie de donc de six, représentant un niveau de faible soutien, à 24, représentant un niveau de soutien élevé. La cohérence interne pour cette dimension de l'instrument francophone est de 0,81.

Les évènements généraux de vie vécus par l'enfant, plus spécifiquement le nombre d'évènements généraux vécus par ce dernier au cours des 12 derniers mois ainsi que le niveau de stress lié à ceux-ci, sont évalués par un questionnaire (Cyr et Hébert, 2005) inspiré des travaux de Chandler (*Source of Stress Inventory* [SSI], 1981) et de Johnson et McCutcheon (*Life Events*

Checklist [LEC], 1980). Cette version adaptée, complétée par le parent, comprend 16 items qui mesurent les événements généraux vécus par l'enfant susceptibles de provoquer du stress au cours de l'année. D'abord, le parent doit indiquer si l'enfant a vécu ou non l'évènement. L'outil permet conséquemment d'évaluer le nombre d'évènements vécus par l'enfant sur un score de 0 à 16. Puis, il permet de documenter le niveau de stress lié à chacun des évènements vécus (« pas ou peu stressé » ou « très stressé ») qui peut varier de 0 à 32, un résultat plus élevé représentant un plus haut niveau de stress. Les propriétés psychométriques de cet instrument n'ont pas fait l'objet d'étude.

5.2.2 *Les stressseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant*

Les informations sociodémographiques de la famille, plus précisément le type de famille de l'enfant (famille biologique ou famille d'accueil), l'occupation de chacun des parents (aux études ou autre occupation, emploi rémunéré, sans emploi ou décédé), le revenu familial brut annuel (en trois catégories, soit moins de 29 999\$, de 30 000\$ à 69 000\$ et plus de 70 000\$) et l'origine ethnique du parent répondant (Canada ou autre) sont mesurés par le questionnaire maison du CEMV.

La violence conjugale vécue par le parent répondant est mesurée à l'aide d'une version brève du *Revised Conflict Tactics Scales* (CTS2 ; Straus, Hamby, Boney-McCoy, et Sugarman, 1996, traduction de Hébert et Lavoie, 2000). Cet instrument évalue la présence de violence conjugale à partir de deux types de violence démontrés par le partenaire, soit l'agression psychologique et l'agression physique. Il comprend 12 items, répondus par une échelle de Likert en cinq points. Ceux-ci permettent ensuite d'évaluer, par l'obtention d'un score dichotomique, la

présence de violence conjugale subie par le répondant au cours de la dernière année, infligée par le conjoint actuel ou par le conjoint de la dernière relation. Également, quatre items sont élaborés afin d'évaluer la présence de violence conjugale entre les partenaires au cours de la vie par une échelle en deux points (« oui » ou « non »). La cohérence interne de l'instrument original est de 0,79 pour l'échelle d'agression psychologique et de 0,86 pour l'échelle d'agression physique (Straus *et al.*, 1996).

La détresse psychologique du parent répondant est mesurée par la version abrégée de *l'Indice de Détresse Psychologique de l'Enquête Santé-Québec* de Prévile, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré (IDPESQ; 1992). Il s'agit d'un questionnaire de type Likert à quatre points qui comporte 14 items liés à l'anxiété, la dépression, l'irritabilité et les problèmes cognitifs vécus par le parent au cours de la dernière semaine. Ce dernier est invité à indiquer la fréquence (« jamais », « de temps en temps », « assez souvent », « très souvent ») à laquelle il a éprouvé les sentiments décrits dans les énoncés. Les scores bruts aux différentes sous-échelles vont de 0 à 100, un résultat plus élevé signifiant la présence plus fréquente de symptômes. Le score total, mesurant la détresse psychologique, permet ensuite de déterminer si celle-ci est d'intensité clinique lorsque rapporté en percentile, le seuil clinique étant fixé au-delà des 80^e percentiles. L'alpha de Cronbach indique une cohérence interne de 0,89 (Prévile *et al.*, 1992). Les coefficients de fidélité sont de : a) 0,83 pour la sous-échelle de dépression, comportant six items ; b) 0,72 pour la sous-échelle d'anxiété, comportant deux items ; c) 0,79 pour la sous-échelle d'irritabilité, comportant quatre items, et ; d) 0,76 pour la sous-échelle de problèmes cognitifs, comportant deux items (Prévile *et al.*, 1992).

L'histoire d'agression sexuelle et d'exposition à la violence conjugale durant l'enfance du parent répondant sont documentés par l'outil *Histoire d'Aggression Sexuelle ou de Violence du Parent* (HASV), un instrument maison. Dans ce questionnaire, le parent doit répondre « oui » ou « non » à trois questions, soit : a) au cours de votre enfance, avez-vous déjà vécu une situation d'agression sexuelle? ; b) au cours de votre enfance, avez-vous déjà vu votre mère ou votre père, pousser, secouer, frapper ou lancer quelque chose à son/sa partenaire? ; et, c) au cours de votre enfance, avez-vous déjà vu votre mère ou votre père donner un coup de pied, un coup de poing ou battre son/sa partenaire?. Il n'existe aucune donnée psychométrique pour cet instrument.

Les relations entre les membres de la famille, soit la cohésion familiale (c'est-à-dire le degré d'engagement, d'aide et de soutien des membres les uns envers les autres) et les conflits familiaux (c'est-à-dire le niveau de colère et de conflits ouvertement exprimé entre les membres de la famille) sont évaluées à partir du *Family Environment Scale*, élaboré par Moos et Moos (FES ; 1986). Ce questionnaire reprend 18 des 27 énoncés provenant de la dimension relationnelle (*Family Relationships Index*) du questionnaire original. Rempli par le parent, il doit indiquer si, le plus souvent, l'énoncé est « vrai » ou « faux ». Les scores *t* obtenus vont de 1 à 68 pour la sous-échelle de cohésion familiale et de 32 à 81 pour la sous-échelle des conflits familiaux. Plus le score est élevé, plus le répondant perçoit la dimension mesurée comme présente dans son environnement familial. Pour la sous-échelle de cohésion familiale de l'instrument original anglophone, la consistance interne est de 0,78 alors que la fidélité test-retest est de 0,86 (Moos et Moos, 1986). Pour la sous-échelle des conflits familiaux de l'instrument original anglophone, la consistance interne est de 0,75 alors que la fidélité test-retest est de 0,85 (Moos et Moos, 1986).

Le *Dissociative Experience Scale* (DES ; Bernstein et Putnam, 1986) mesure les symptômes de dissociation démontrés par le parent répondant, et ce, dans la vie de tous les jours. Il évalue ceux-ci à l'aide de sous-échelles mesurant les symptômes d'amnésie, d'absorption et de dépersonnalisation et forme ainsi un score total mesurant les symptômes de dissociation. Le parent doit indiquer, pour les 28 items composant le questionnaire, si l'énoncé s'applique à lui en encerclant le pourcentage de fois où il a vécu l'expérience décrite (sur une échelle où 0 % correspond à « jamais » et 100 % correspond à « toujours »). Les résultats des sous-échelles et de l'échelle totale varient de zéro à 100, un score plus élevé révélant une fréquence plus élevée de symptômes. Bernstein et Putnam (1986) rapportent une cohérence interne variant de 0,71 à 0,96 selon les échantillons et une fidélité test-retest de 0,84.

L'adaptation (Cyr et Hébert, 2005) du SSI (Chandler, 1981) et du LEC (Johnson et McCutcheon, 1980), dont la description est faite plus tôt, permet d'évaluer le niveau de stress lié aux événements généraux vécus par le parent répondant ainsi que le nombre d'événements généraux vécus par ce dernier au cours de la dernière année.

5.2.3 *Les pratiques parentales coercitives*

Les pratiques éducatives du parent, plus spécifiquement l'incohérence disciplinaire et la supervision parentale déficiente, sont évaluées à l'aide de deux sous-échelles du *Alabama Parenting Questionnaire* (APQ), élaboré par Frick (1991). La version abrégée française de 10 items (Pauzé, Toupin, Déry, Mercier, Cyr, Cyr *et al.*, 2000), répondue par le parent, mesure ces dimensions à l'aide de type Likert à cinq points de fréquence allant comme suit : « jamais », « presque jamais », « parfois », « souvent » et « toujours ». Cet outil standardisé ne fait pas

référence à une période spécifique. Les scores bruts obtenus, variant de un à cinq, permettent l'obtention de scores cliniques pour chacune des sous-échelles, le seuil étant fixé à 2,5. L'obtention d'un résultat plus élevé indique une fréquence de comportements plus élevée et problématique. Ces sous-échelles, dans sa version anglophone, obtiennent des alphas de Cronbach de 0,67 (Shelton, Frick & Wooton, 1996).

L'exposition de l'enfant à la violence conjugale est mesurée à l'aide de la version brève du CTS2 (Straus *et al.*, 1996 ; traduction de Hébert et Lavoie, 2000), décrite précédemment. Le parent répondant, lorsqu'il évalue la présence de violence conjugale au cours de l'année à l'aide des 12 items de l'instrument de mesure, indique par une réponse « oui » ou « non » si l'enfant a été témoin de ceux-ci. Les deux items élaborés afin d'évaluer la présence de violence conjugale entre les partenaires au cours de la vie permettent également d'identifier si l'enfant a été témoin de cette violence, par une réponse « oui » ou « non ».

Les formes de maltraitance vécues par l'enfant sont évaluées par le K-SADS (Kaufman *et al.*, 1997), préalablement présenté, à l'aide de trois items, soit : a) « l'enfant rapporte avoir eu des ecchymoses à plus d'une occasion ou une blessure importante à une occasion » (victime d'abus physique) ; b) « l'enfant rapporte avoir vécu des situations de maltraitance psychologique » (victime d'abus psychologique) ; et, c) « l'enfant rapporte des situations où les parents n'ont pas accordé les soins nécessaires » (victime de négligence). Complété par l'équipe de recherche à l'aide du dossier clinique de l'enfant, l'instrument permet de rapporter la présence ou l'absence de ces formes de maltraitance par une réponse dichotomique (« oui » ou « non »), sans référence de temps identifiée.

Les pratiques parentales du parent répondant, plus précisément les pratiques punitives et celles en lien avec les soins et le soutien apporté à l'enfant, sont mesurées à partir d'une version abrégée du *Parental Behavior and Attitudes Questionnaire* (PBAQ; Bergeron, Valla, Breton, Gaudet et Berthiaume, 1993). Le parent doit indiquer à quelle fréquence les comportements indiqués ont été émis durant les six derniers mois, grâce à une échelle en quatre points allant de « la plupart du temps » à « jamais ». Chaque dimension comprend cinq items, dont le score varie de zéro à trois. Ainsi, les résultats obtenus pour chacune des échelles varient de 0 à 15. À l'échelle des soins et soutien, plus le score est élevé, plus les comportements sont présents à l'inverse de l'échelle des pratiques punitives où plus le score est élevé, moins les comportements sont présents. Les propriétés psychométriques, provenant d'une étude réalisée auprès d'un échantillon d'adolescents francophones québécois, révèlent des alphas de Cronbach se situant entre 0,80 et 0,83 pour la dimension des soins et soutien et entre 0,65 et 0,73 pour la dimension des pratiques punitives (Bergeron et al., 1993). De même, la fidélité test-retest varie de 0,70 à 0,84 selon les échelles (Bergeron, Valla et Breton, 1992).

5.2.4 La qualité de l'attachement parent-enfant

Le sentiment de sécurité de l'enfant envers la figure maternelle et la figure paternelle est mesuré à partir d'une version abrégée du *Kerns Security Scale* (KSS ; Kerns, Klepac et Cole, 1996 ; traduit par Hébert, 2001). Le questionnaire ne fait pas référence à une période précise. L'enfant répond au questionnaire de neuf items à l'aide d'une échelle en quatre points, allant du niveau de sécurité le moins élevé au niveau de sécurité le plus élevé. Le score de sentiment de sécurité envers chaque parent peut varier de 9 à 36 et plus il est élevé, plus le sentiment de sécurité de l'enfant

envers son parent l'est également. Kerns *et al.* (1996) rapportent une cohérence interne de 0,84 et une stabilité test-retest de 0,75 pour la version anglophone.

5.2.5 *La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant*

Les contextes familiaux à risque de perturber le développement psychosexuel de l'enfant sont évalués par l'équipe de recherche ou l'intervenant à partir de l'entrevue clinique conduite auprès du parent. La seconde partie du questionnaire maison alors utilisé s'inspire de la sous-échelle *Family Sexuality*, développé par Friedrich (1997), comme complément à son questionnaire CSBI, elle permet de mesurer les caractéristiques en lien avec l'accès et la présence de nudité et de sexualité dans le milieu de vie de l'enfant. De manière plus spécifique, elle mesure si l'enfant a eu accès à du matériel pornographique et/ou à des objets sexuels, si l'enfant a déjà vu des relations sexuelles et si l'enfant a été exposé à des situations interpersonnelles impliquant de la nudité. Ainsi, 11 items permettent de documenter la présence, par une réponse « oui » ou « non », de ces caractéristiques dans le milieu de vie de l'enfant au cours de sa vie et de mesurer le nombre de caractéristiques présentes dans celui-ci.

5.2.6 *Les comportements sexuels et leurs caractéristiques contextuelles*

Les comportements sexuels de l'enfant sont décrits à l'aide d'un outil constitué d'une liste d'items provenant du *Child Sexual Behavior Checklist* (CSBCL; Johnson, 2004), adapté par Tourigny et Gagnon (2007). Cet instrument de mesure est rempli par l'intervenant, à partir des informations colligées lors de l'entrevue clinique réalisée auprès du parent. Soixante-trois items permettent d'évaluer la présence de comportements sexuels normaux et problématiques chez

l'enfant, selon les types de comportements sexuels suivants : a) verbaux ; b) d'observation ; c) en lien avec les frontières physiques ; d) liés à la nudité ; e) touchers envers soi, f) touchers dirigés vers les autres ; g) à connotation sexuelle ; h) impliquant les animaux ; et, i) en lien avec l'identité sexuelle. L'outil décrit également les caractéristiques contextuelles dans lesquelles ceux-ci se manifestent, à l'aide de 24 items. Une réponse « oui », « non » ou « ne sait pas » est possible pour chaque item. Aucun seuil clinique n'est établi.

6. MÉTHODES D'ANALYSE DE DONNÉES

Le logiciel *IBM SPSS Statistics 23* (2015) est utilisé afin de réaliser l'ensemble des opérations statistiques. Pour le premier objectif, qui vise à établir les différences significatives en fonction des comportements sexuels problématiques présentés par les enfants de 6 à 13 ans, lorsqu'il y a présence ou non de problèmes de comportement, des analyses statistiques univariées sont effectuées, soit le test de khi deux.

Le second objectif est d'identifier les caractéristiques psychosociales qui prédisent la présence ou l'absence de problèmes de comportement chez les enfants présentant des CSP, âgés de 6 à 13 ans. Afin d'y répondre, des analyses univariées (khi deux et test *t*) sont d'abord conduites afin de mettre en relation la variable dépendante avec chacune des variables indépendantes. À la suite de ces analyses, lorsque les liens entre les variables sont significatifs ($p < 0,05$), une vérification de la multicolinéarité est effectuée entre les variables indépendantes, et doit se révéler inférieure à $r = 0,7$ afin que les variables soient introduites par la suite dans l'analyse de régression logistique par blocs hiérarchiques. Cette analyse consiste à classer les variables à l'intérieur des cinq domaines du modèle conceptuel présenté précédemment, pour ensuite déterminer les

meilleurs prédicteurs de la présence de problèmes de comportement chez les enfants manifestant des CSP en fonction de leur contribution relative dans la prédiction de la variable dépendante.

QUATRIÈME CHAPITRE. LES RÉSULTATS

1. DESCRIPTION ET COMPARAISON DES COMPORTEMENTS SEXUELS

Le tableau 2, en annexe B, présente les proportions d'enfants ayant émis les types de comportements sexuels tels que mesurés par le CSBCL ainsi que les résultats des analyses de khi deux réalisées en rapport à ceux-ci selon la présence ou non de problèmes de comportement chez l'enfant. Il présente ensuite les proportions d'enfants pour lesquels sont présentes les caractéristiques contextuelles des comportements sexuels ainsi que les comparaisons effectuées selon la présence ou non de problèmes de comportement.

1.1 Résultats selon les types de comportements sexuels

Les diverses catégories de comportements sexuels présentent généralement des proportions élevées d'enfants les adoptant, alors que sept catégories sur neuf ont des proportions de plus de 56,2 %. Les comportements liés à la nudité sont les plus présents chez les enfants, avec une proportion de 87,5 %. Deux types de comportements sont moins fréquemment émis par les enfants, avec des proportions de 38,6 % pour les comportements en lien avec l'identité sexuelle et 13,1 % pour les touchers sexuels impliquant des animaux.

Il existe de nombreuses différences significatives entre les deux groupes, alors que la proportion d'enfants ayant des CSP et des problèmes de comportement est plus grande que celle des enfants ayant des CSP sans problèmes de comportement, pour les types de comportements sexuels suivants : a) les comportements sexuels verbaux ; b) les comportements d'observation ;

c) les comportements en lien avec les frontières physiques ; d) les comportements liés à la nudité ; e) les touchers sexuels envers soi ; f) les touchers sexuels dirigés vers les autres ; et, g) les touchers sexuels impliquant des animaux. Par ailleurs, les deux groupes d'enfants ne se distinguent pas significativement au niveau des comportements à connotation sexuelle et des comportements en lien avec l'identité sexuelle.

1.2 Résultats en lien avec les caractéristiques contextuelles des comportements sexuels

En ce qui concerne les caractéristiques contextuelles des comportements sexuels, l'étendue des proportions d'enfants chez qui celles-ci sont présentes varie de 1,3 % (utilise la sexualité pour blesser physiquement une autre personne) à 51,9 % (comportements sexuels avec des enfants plus vieux ou plus jeunes). Généralement, les proportions se situent entre 10 % et 50 %, et ce, pour 21 caractéristiques contextuelles sur 24.

Pour le tiers des caractéristiques contextuelles, il existe une différence significative entre les enfants selon la présence ou l'absence de problèmes de comportement. Les caractéristiques suivantes sont présentes pour une plus grande proportion d'enfants ayant des problèmes de comportement : a) l'enfant agit davantage comme un adulte qu'un enfant face à la sexualité ; b) l'enfant semble différent des enfants de son âge face à la sexualité ; c) l'enfant continue d'émettre les comportements sexuels en dépit des limites claires et fermes des adultes lui demandant de s'arrêter ; d) l'enfant semble incapable d'arrêter par lui-même ses comportements sexuels ; e) l'enfant dirige ses comportements sexuels vers des adultes qui se sentent inconfortables de les recevoir ; f) l'enfant sexualise des choses non sexuelles, des interactions avec

autrui ou des relations, et ; h) l'enfant manifeste un manque d'empathie ou de préoccupation envers les autres enfants impliqués dans le comportement sexuel.

2. CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES ET FAMILIALES ASSOCIÉES AUX PROBLÈMES DE COMPORTEMENT CHEZ LES ENFANTS AYANT DES COMPORTEMENTS SEXUELS PROBLÉMATIQUES

2.1 Résultats des analyses statistiques univariées

Les résultats des analyses univariées (khi deux et test *t*) sont présentés dans les tableaux 3 et 4 présentés à l'annexe C. Sur l'ensemble des variables à l'étude, 19 s'avèrent distinguer les enfants présentant des CSP ayant ou non des problèmes de comportement.

Il est possible de constater que pour l'ensemble de ces variables, les enfants appartenant au groupe ayant des problèmes de comportement présentent davantage de difficultés que ceux n'ayant pas de problèmes de comportement. En effet, en ce qui a trait à la dimension des *caractéristiques individuelles prédisposant l'enfant aux problèmes de comportements*, ces enfants présentent un niveau de stress lié aux événements de vie généraux vécus plus élevé et ils ont vécu un plus grand nombre d'événements de cet ordre.

Pour la dimension des *stresseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à son enfant*, les parents des enfants présentant des problèmes de comportement, en comparaison aux parents d'enfants sans problème de comportement : a) sont proportionnellement plus nombreux à avoir vécu de la violence conjugale au cours de l'année et de la vie ; b) démontrent plus de symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs ; c) sont

proportionnellement plus nombreux à démontrer une détresse psychologique d'intensité clinique ; d) présentent une fréquence plus élevée de symptômes d'amnésie, d'absorption, de dépersonnalisation et de dissociation ; e) ont un niveau de stress lié aux événements de vie généraux vécus plus élevé et ont vécu un nombre d'événements généraux de vie plus grand ; et, f) perçoivent une présence plus importante de conflits familiaux.

En ce qui concerne les *pratiques parentales coercitives*, un nombre plus élevé de parents d'enfants présentant des CSP et des problèmes de comportements font preuve d'incohérence disciplinaire lorsque comparés aux parents d'enfants ne présentant que des CSP. De plus, ces premiers ont des pratiques parentales qui se veulent davantage punitives.

Finalement, en lien avec les dimensions *de perturbation du développement psychosexuel* et de la *qualité de l'attachement parent-enfant*, aucun résultat ne s'est révélé significatif.

2.2 Résultats des analyses statistiques multivariées

À la suite des analyses univariées, des analyses de corrélations sont effectuées entre les variables significatives résultant des analyses univariées (Tableau 5 à l'annexe D). Les variables obtenant des corrélations de Pearson inférieures à $r = 0,7$ sont ensuite introduites dans les analyses multivariées, alors qu'une sélection est faite entre celles supérieures à $r = 0,7$ avant qu'elles ne soient intégrées dans le modèle de régression linéaire par blocs hiérarchiques.

Ainsi, huit variables indépendantes sont introduites dans trois blocs hiérarchiques, représentant chacun un domaine du modèle adapté par Boisvert *et al.* (2016), de manière pas-à-pas (méthode ascendante, rapport de vraisemblance). Le premier bloc, composé des

caractéristiques individuelles prédisposant l'enfant aux problèmes de comportement, inclut la variable du niveau de stress lié aux événements de vie généraux vécus. Ensuite, les variables liées aux *stresseurs affectant la capacité du parent à fournir des soins optimaux à son enfant* sont intégrées dans le second bloc, soit les variables de violence conjugale vécue par le parent répondant au cours de la vie, les conflits familiaux, les symptômes de dissociation du parent répondant, la détresse psychologique d'intensité clinique du parent répondant et l'histoire d'agression sexuelle vécue par le parent répondant durant l'enfance. Finalement, le dernier bloc intègre les variables liées aux *pratiques parentales coercitives*, soit l'incohérence disciplinaire et les pratiques punitives. Puisqu'aucune variable significative n'est présente dans les domaines de la *qualité de l'attachement parent-enfant* et de la *perturbation du développement psychosexuel*, ils ne sont pas représentés lors de l'analyse de régression logistique.

Le tableau 6 présente les résultats de la régression logistique par blocs hiérarchiques. Le modèle 1 introduit le bloc 1 (*caractéristiques individuelles prédisposant l'enfant aux problèmes de comportement*), par conséquent la variable du niveau de stress lié aux événements vécus par l'enfant. Celle-ci s'avère significative, ce modèle indiquant qu'à chaque fois que le score de niveau de stress lié aux événements vécus par l'enfant augmente d'un point, le risque de l'enfant de présenter des problèmes de comportements augmente d'un facteur de 1,37. Ce modèle permet d'expliquer 19 % de la variance observée.

Le modèle 2 introduit le bloc 2 (*stresseurs affectant la capacité du parent à fournir des soins optimaux à son enfant*) à la suite du bloc 1. Ainsi, il modifie le rapport de cote du modèle 1 en identifiant que chaque fois que le score de niveau de stress lié aux événements vécus par l'enfant

augmente d'un point, la chance de l'enfant de présenter des problèmes de comportement augmente d'un facteur de 1,31. De plus, le rapport de cote indique que l'enfant dont le parent répondant a vécu de la violence conjugale au cours de la vie est 4,18 fois plus susceptible de présenter des problèmes de comportement. De même, les enfants dont le parent répondant présente une détresse psychologique d'intensité clinique sont 4,7 fois plus susceptibles d'avoir des problèmes de comportement. Ce modèle permet d'expliquer 35 % de la variance observée.

Le modèle final introduit le bloc 3 (*pratiques parentales coercitives*) à la suite des blocs 1 et 2. Celui-ci n'entraîne aucun changement face aux résultats du modèle 2.

Tableau 6. Analyse de régression par blocs hiérarchiques : modèle final ($n = 73$).

Variables indépendantes	B	E.S	W	Exp(B)	IC 95%
<i>Caractéristiques individuelles prédisposant l'enfant aux problèmes de comportement</i>					
Évènements de vie généraux vécus					
Niveau de stress des événements	0,27	0,12	4,77	1,31**	1,03-1,66
<i>Stresseurs affectant la capacité du parent à fournir des soins optimaux à leur enfant</i>					
Violence conjugale vécue par le parent répondant					
Au cours de la vie	1,43	0,67	4,56	4,18**	1,13-15,55
Présence de détresse psychologique chez le parent répondant					
Détresse psychologique d'intensité clinique	1,55	0,73	4,54	4,70**	1,13-19,51
Log de vraisemblance -2	71,51	R-deux de Nagelkerke			0,35

IC : intervalle de confiance, * $p < 0,05$

Ainsi, les résultats indiquent que le modèle 2 s'avère le modèle final, qui se veut significatif ($X^2_{(9)} = 20,95$; $p = 0,000$). Il présente une sensibilité de 71,2 %, et prédit donc sept fois sur dix l'appartenance d'un enfant à l'un des deux groupes. Spécifiquement, ce modèle permet de classer correctement 41,7 % des enfants ayant des CSP sans problèmes de comportement et 85,7 % des enfants présentant les deux problématiques. Trois caractéristiques contribuent à la prédiction de

l'appartenance à l'un des deux groupes, soit le niveau de stress lié aux événements vécus par l'enfant, la violence conjugale vécue par le parent répondant au cours de la vie et la détresse psychologique d'intensité clinique présentée par le parent répondant.

CINQUIÈME CHAPITRE. LA DISCUSSION

Ce cinquième chapitre aborde les constats identifiés en lien avec les résultats de l'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire, avant de présenter les implications cliniques de celle-ci et ses forces et limites.

1. PREMIER CONSTAT

Dans un premier temps, l'analyse des résultats indique que les enfants manifestant des CSP et des problèmes de comportement présentent davantage de difficultés ou d'éléments d'adversité comparativement aux enfants ayant des CSP sans problèmes de comportement. En effet, chacune des variables se révélant significatives lorsque les enfants sont comparés entre eux à l'aide d'analyses statistiques univariées au sujet de leurs comportements sexuels et du contexte dans lequel ils apparaissent montre un profil plus détérioré chez les enfants présentant les deux problématiques. Il en est de même pour les variables significatives lors de la réalisation des analyses multivariées sur les caractéristiques de ces enfants.

Comme constaté au deuxième chapitre, aucune étude ne compare, à partir d'une population d'enfants présentant des CSP, les caractéristiques de ces enfants en fonction de la présence ou non de problèmes de comportement. Certaines examinent toutefois les similitudes et les différences chez divers sous-groupes formés d'une population d'enfants présentant des CSP. Ces travaux abondent dans le sens voulant que les caractéristiques des enfants ayant des CSP et des problèmes de comportement soient plus sévères que celles des enfants n'ayant pas de problèmes de comportement. Parmi les cinq sous-groupes formés par la typologie élaborée par Pithers *et al.*

(1998) l'un se distingue par la forte prévalence de problèmes de comportement selon le CBCL lorsque comparé aux autres sous-groupes à l'aide d'analyses de la variance (ANOVA). Cette population d'enfants présentant des CSP, nommée les *Rule Breakers*, se caractérise par l'obtention de scores *t* moyens significativement plus élevés que ceux de tous les autres groupes sur l'échelle de problèmes de comportement ainsi qu'à la sous-échelle de problèmes de comportement extériorisés. De surcroît, ils obtiennent des résultats plus élevés que trois des quatre groupes de cette typologie à la sous-échelle de comportements intériorisés. Une autre classe de cette typologie (Pithers *et al.*, 1998), nommée *Non Disordered*, s'illustre davantage par la faible prévalence de problèmes de comportement chez sa population, et ce, sur toutes les mesures y étant liées. Ainsi, les analyses de la variance (ANOVA) réalisées dans le cadre de cette recherche révèlent que le groupe *Rule Breakers* présente davantage de difficultés que le groupe *Non Disordered*, et ce, sur toutes les variables significatives les distinguant: a) ces enfants présentent plus de difficultés au niveau des comportements sexuels lorsqu'évalué par le CBCL ; b) ces enfants présentent une plus grande fréquence de comportements sexuels lorsqu'évalués par le CSBI ; et c) une plus grande proportion de ces enfants ont émis des comportements sexuels hautement agressifs. Par ailleurs, les difficultés en lien avec la relation parent-enfant, telle que mesurée par les trois sous-échelles du *Parenting Stress Index* (Abidin, 1990), soit, l'attachement du parent envers l'enfant, le degré d'exigence de l'enfant envers son parent et les stressseurs associés au domaine de l'enfant sont plus importantes chez les *Rule Breakers*. Finalement, le nombre de diagnostics psychiatriques présents chez ces enfants est également plus élevé.

Autrement, Szanto, Lyons et Kisiel (2012), à l'aide d'analyses univariées, comparent entre eux les cinq groupes de leur typologie, élaborée en fonction des comportements sexuels présentés.

L'un de ces groupes, nommé *Sexually Abusive and Reactive*, se caractérise par des difficultés plus importantes sur le plan des symptômes liés à la santé mentale, dont de nombreuses mesures en lien avec des problèmes de comportement. Les auteurs rapportent que les enfants aux CSP de ce groupe, à l'inverse des autres, ont vécu plus fréquemment des expériences traumatiques et démontrent davantage de symptômes de stress post-traumatique. Encore ici, la cooccurrence des deux problématiques est associée à plus de difficultés dans d'autres sphères de la santé mentale de l'enfant.

Le constat actuel trouve donc écho dans les travaux antérieurs se penchant sur l'identification de sous-groupes d'enfants ayant des CSP, bien que les comparaisons possibles soient limitées par le rôle donné aux problèmes de comportement dans la différenciation des groupes ainsi que par l'ignorance de la proportion d'enfants ayant des problèmes de comportement dans les classes présentées. Elles permettent toutefois de soulever l'hypothèse que les enfants qui ont conjointement des problèmes de comportement et des CSP ont un profil psychosocial plus détérioré que les enfants ne présentant moins ou aucune difficulté de cet ordre.

2. SECOND CONSTAT

Les analyses multivariées révèlent que trois caractéristiques se révèlent significatives afin de distinguer les groupes d'enfants ayant des CSP avec problèmes de comportement ou non, soit le niveau de stress lié aux événements vécus par l'enfant, la violence conjugale vécue par le parent répondant au cours de sa vie et la détresse psychologique d'intensité clinique du parent. Un questionnement émerge, à savoir pourquoi ces caractéristiques sont davantage problématiques chez les enfants ayant des problèmes de comportement en concomitance aux CSP?

Une explication possible réside dans les théories sur le développement des problèmes de comportement extériorisé à l'enfance, qui suggèrent qu'un large éventail d'éléments d'adversité propre à l'enfant et à son environnement prédisent l'apparition de problèmes de comportement extériorisé (Bronfenbrenner et Morris, 2006 ; Greenberg *et al.*, 1993 ; Loeber et Farrington, 2000 ; Moffitt, 1993).

Grant, McMahon, Smith Carter, Carleton, Adam et Chen (2014) soulignent que les expériences de vie stressantes sont le prédicteur environnemental le mieux établi des problèmes psychopathologiques chez l'individu. Ils définissent le stress comme « les expériences environnementales ou les conditions chroniques posant une menace objective à la santé ou au bien-être d'un individu, en fonction de l'âge et la société dans laquelle il évolue » (p. 206, traduction libre). Ainsi, ces auteurs précisent que, chez l'enfant et l'adolescent, les expériences stressantes vécues prédisent l'apparition de problèmes de santé mentale. En outre, Doyle, Murphy et Shevlin (2016) observent que ces événements agissent comme prédicteur des problèmes extériorisés chez l'enfant et l'adolescent. En somme, les événements de vie stressant chez l'enfant sont liés à la présence de plus grandes difficultés de santé mentale ainsi qu'à la présence de problèmes de comportement.

La violence conjugale vécue par le parent est davantage étudiée sous l'aspect de l'exposition de l'enfant à la violence conjugale (Kimonis et Frick, 2015). Cependant, les conflits conjugaux sont identifiés dans la littérature scientifique comme un facteur associé au fonctionnement extériorisé de l'enfant (Schoppe-Sullivan, Schermerhorn et Cummings, 2007). Les conflits conjugaux de type destructeur, comme les comportements impliquant l'agression

physique, les conflits non verbaux, le retrait, l'agression et l'hostilité verbale ainsi que l'agression envers les objets, les menaces en lien avec le statut familial et les conflits au sujet de l'enfant, sont identifiés comme prédicteur des comportements extériorisés de l'enfant selon Coln, Jordan et Mercer (2013).

Enfin, la présence de psychopathologie chez le parent (Kimonis et Frick, 2015) est identifiée comme un facteur augmentant le risque qu'un enfant présente des problèmes de comportement. La présence de symptômes dépressifs chez le parent, particulièrement chez la mère, est un aspect largement étudié par les auteurs s'intéressant aux problèmes de comportement chez l'enfant, tel que le suggère la méta-analyse réalisée par Goodman, Rouse, Connell, Robbins Broth, Hall et Heyward (2011). Celle-ci détermine d'ailleurs que la présence de dépression chez la mère est associée à de plus grands problèmes intériorisés et extériorisés chez l'enfant. De même, l'étude de Hunt, Slack et Berger (2017) démontre que, parmi les conditions adverses à l'enfance étudiées, l'anxiété ou la dépression chez le parent est la condition la plus communément rapportée ainsi que la seule à prédire à la fois les résultats totaux et l'atteinte du seuil clinique aux comportements extériorisés et intériorisés ainsi que les diagnostics de TDAH à l'âge de neuf ans.

Les caractéristiques liées à l'appartenance au groupe d'enfants ayant des CSP avec problèmes de comportement sont donc des facteurs associés plus spécifiquement aux problèmes de comportements extériorisés, ce qui permet de supposer que ces variables distinguent les enfants avec et sans problèmes de comportement, car elles seraient plus fortement associées à ceux-ci qu'aux CSP.

3. TROISIÈME CONSTAT

Comme présenté au second chapitre, la concomitance entre les CSP et les comportements extériorisés est importante, soit 73 % dans le cadre de notre échantillon. À cet effet, l'ATSA (Chaffin *et al.*, 2008) mentionne que les CSP peuvent être perçus comme étant la problématique principale de l'enfant, ou comme une problématique secondaire aux problèmes de comportement. Bien que trois variables aient différencié les groupes à l'étude, force est de constater que la majorité des variables ne se sont pas révélées significatives dans la différenciation des groupes à l'étude lors des analyses statistiques multivariées effectuées. De fait, la parenté entre les deux problématiques est expliquée par certains auteurs qui argumentent que les gestes à caractère sexuels représentent l'une des nombreuses formes que prennent les comportements extériorisés (Elkovitch, Latzman, Hansen et Flood 2009 ; Friedrich 2005 ; Silovsky, Niec, Bard et Hecht, 2007). D'ailleurs, tout comme dans l'étude de Friedrich (2007), les CSP peuvent être perçus comme faisant partie d'un ensemble plus large de difficultés de comportements et ne se manifestent pas comme une difficulté comportementale isolée. En somme, la forte prévalence des problèmes de comportement chez les enfants ayant des CSP ainsi que le peu de différences entre les deux groupes de notre étude suggèrent un lien très étroit entre les deux problématiques, ce qui appuie les constats de l'ATSA à l'effet qu'il faille envisager que les problèmes de comportement puissent être la problématique principale à traiter chez certains enfants manifestant des CSP, au contraire d'autres cas où les CSP doivent être la problématique principale ciblée dans le traitement.

Les résultats laissent croire en l'existence de mécanismes communs dans le développement des CSP et des problèmes de comportement, bien que, en cohérence avec le principe d'équifinalité,

différentes trajectoires puissent mener à l'apparition et au maintien de ces problématiques. De fait, l'hétérogénéité des profils d'enfants pouvant présenter ces mêmes problématiques est reconnue (Boisvert *et al.*, 2016 ; Chaffin *et al.*, 2008 ; Kimonis et Frick, 2015). Cependant, les auteurs sur le développement des problèmes de comportement extériorisé identifient un profil d'enfants dont l'apparition des difficultés comportementales apparaît à l'enfance et se maintiennent dans le temps (Loeber et Farrington, 2000 ; Moffitt, 1993). De même, les trajectoires d'enfants et d'adolescents présentant des CSP comportent un profil où l'apparition de gestes problématiques à caractère sexuel est précoce et persiste dans le temps (Lussier, 2017 ; Vizard, Hickey et McCrory, 2007). De fait, l'étude de McCrory, Hickey, Farmer et Vizard (2008) met en lumière que les enfants chez qui les comportements sexuels problématiques sont précoces démontrent également une plus grande continuité de comportements antisociaux durant l'enfance et l'adolescence. Les auteurs proposent ainsi que l'apparition de CSP agisse chez ces derniers comme facteur de risque d'une trajectoire délinquante.

4. IMPLICATIONS CLINIQUES

Comme discuté, les enfants ayant conjointement des CSP et des problèmes de comportement présentent des caractéristiques individuelles et familiales plus détériorées que les enfants sans problèmes de comportement, révélant chez ces premiers des besoins plus grands. De plus, Lévesque *et al.* (2012) et Ensink, Godbout, Bigras, Lampron, Sabourin et Normandin (2018) démontrent que chez les enfants ayant à la fois des problèmes de comportement extériorisés et de nature sexuelle, les CSP persistent davantage dans le temps. L'aspect des problèmes de fonctionnement de nature non sexuelle devrait donc être priorisé lors de l'évaluation des

caractéristiques et besoins des enfants qui présentent des CSP, puisque la présence de ceux-ci indique à la fois de plus grandes difficultés et une plus grande persistance de celles-ci, nécessitant une intervention exhaustive et intensive afin d'en prévenir les conséquences chez les enfants et autrui à long terme.

D'ailleurs, en raison de la forte proportion d'enfants ayant des CSP qui présentent des difficultés comportementales, maints auteurs considèrent pertinent que les cibles de traitement à prioriser auprès de ces enfants incluent également des pratiques probantes visant à réduire les problèmes de comportement de nature non sexuelle (Allen, 2017; Boisvert *et al.*, 2016; Chaffin *et al.*, 2008; Dufour *et al.*, 2017; St-Amand *et al.*, 2017), avec l'ajout de composantes spécifiques aux CSP telles que la réduction de l'exposition à la sexualité dans le milieu familial, la gestion adéquate des comportements sexuels de l'enfant ou l'éducation sexuelle (Boisvert *et al.*, 2016). Ceci est cohérent avec les résultats de la présente étude qui identifie peu de différences entre les populations d'enfants présentant des CSP avec ou sans problèmes de cette nature. En raison de ces besoins communs, il appert que certaines approches d'intervention spécifiques aux problèmes de comportement chez l'enfant pourraient être bénéfiques chez l'enfant aux CSP.

Parmi les pratiques probantes en matière d'intervention auprès des enfants ayant des problèmes de comportement, l'approche d'entraînement aux habiletés parentales vise à améliorer les habiletés parentales de gestion du comportement de l'enfant à la maison, tout en ciblant l'apprentissage d'habiletés permettant d'améliorer la qualité de la relation parent-enfant, améliorer la réponse du parent face aux déclencheurs des comportements perturbateurs de l'enfant et améliorer la supervision parentale et les stratégies d'intervention du parent (Kimonis et Frick,

2015). Kimonis et Frick (2015) identifient les programmes d'intervention suivants comme efficaces selon les données probantes: a) le *Parent-Child Interaction Therapy* (Brinkmeyer et Eyberg 2003) ; b) le programme Ces années incroyables (*The Incredible Years* ; Webster- Stratton, 2005) ; et c) le programme *Triple P-Positive Parenting Program* (Sanders, 1999).

De façon générale, les experts de l'ATSA (Chaffin *et al.*, 2008) recommandent que l'intervention faite auprès des parents d'enfants ayant des CSP cible l'enseignement d'habiletés parentales de gestion des comportements et d'habiletés relationnelles. Ils recommandent également, en cas de concomitance des CSP et des problèmes de comportement, l'utilisation des programmes identifiés plus haut.

En outre, l'approche cognitive-comportementale se révèle efficace dans le traitement des enfants avec des problèmes de comportement (Kimonis et Frick, 2015). Celle-ci cible l'apprentissage d'habiletés chez l'enfant lui permettant de résoudre les déficits présents lors de situations sociales au niveau des pensées et de la résolution de problèmes (Kimonis et Frick, 2015). D'ailleurs, le programme *Children with Problematic Sexual Behavior Cognitive-Behavioral Treatment Program : School-age Program* (Silovsky *et al.*, 2013), considéré comme probant¹, est composé de notions se révélant efficaces pour agir sur les comportements sexuels (par exemple, le respect des frontières physiques, les règles en lien avec les comportements sexuels ou l'éducation sexuelle), mais également les problèmes de comportement en général (par exemple, l'apprentissage d'habiletés de régulation des émotions, d'habiletés sociales ou de résolution de

¹ Par le site internet *The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* disponible au www.cebc4cw.org

problèmes). De fait, il est décrit par le site internet *The California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* comme offrant des services ciblant les problématiques suivantes : a) les CSP ; b) les problèmes de comportement d'ordre général ; et, c) les symptômes intériorisés.

Par ailleurs, les résultats indiquent, parmi les stressseurs propres au parent, une plus forte présence de violence conjugale et un nombre plus grand de parents démontrant une détresse psychologique de niveau clinique chez les enfants qui présentent la double problématique. Il importe de considérer ces éléments lors de l'évaluation de la situation familiale des enfants présentant des CSP, afin d'identifier quel parent doit bénéficier d'un soutien particulier à cet égard. Réduire l'incidence de ceux-ci permettrait d'agir sur les stressseurs nuisant à la capacité du parent à fournir les soins optimaux à son enfant et, conséquemment, d'améliorer la capacité du parent à jouer adéquatement son rôle de soutien parental. De plus, l'amélioration des capacités parentales pourrait avoir un impact positif sur le niveau de stress vécu par l'enfant, autre aspect différenciant l'enfant aux CSP avec et sans difficultés comportementales d'ordre non sexuelles.

5. FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La présente étude trouve en plusieurs éléments une forte pertinence scientifique. En effet, elle couvre de manière exhaustive une grande diversité de caractéristiques chez les enfants composant l'échantillon, et ce, en s'appuyant sur un modèle théorique (Boisvert *et al.*, 2016). Également, les données sont recueillies à partir de plusieurs méthodes (des tests standardisés et des entrevues cliniques) et reposent sur diverses sources (la figure parentale de l'enfant et l'enfant). De plus, l'identification des CSP se fait par un professionnel à l'aide d'un questionnaire maison inspiré du CSBCL, outil recommandé par Boisvert *et al.* (2016) pour l'évaluation des

comportements sexuels chez l'enfant puisqu'il permet d'en documenter les éléments contextuels. En outre, les CSP chez les enfants étant un domaine encore peu étudié (Dufour *et al.*, 2017), cette étude contribue aux connaissances d'autant plus qu'elle est la première, à la lumière de la recension des écrits effectuée, à comparer une population d'enfants ayant des CSP avec et sans problèmes de comportement. Elle répond ainsi à l'une des recommandations découlant de la recension systématique de Boisvert *et al.* (2016), selon laquelle des études supplémentaires doivent être conduites pour identifier les différences et similitudes des enfants aux CSP manifestant ou non des comportements extériorisés. Finalement, elle privilégie les analyses statistiques multivariées, comme recommandé par certains auteurs (Boisvert *et al.*, 2016).

Certaines limites sont également observées dans cette recherche. D'abord, la faible taille de l'échantillon diminue la puissance statistique des analyses réalisées. La taille de l'échantillon est en partie liée au fait que les variables sur l'environnement familial et les caractéristiques du parent n'ont pu être documentées lorsque l'enfant ne vivait pas avec ses parents. Une seconde limite a trait au fait que bien qu'un questionnaire maison s'inspirant du CSBCL soit utilisé afin de documenter la présence des comportements sexuels de l'enfant, aucun item ne permet spécifiquement de mesurer la fréquence et l'intensité des CSP. La fréquence des comportements sexuels ainsi que leur durée sont des indicateurs qui gagnent à être documentés lors de l'évaluation de l'enfant, tel que mentionné par les experts de l'ATSA (Chaffin *et al.*, 2008).

CONCLUSION

En conclusion, cette étude démontre que les enfants avec des comportements sexuels problématiques et des problèmes de comportement présentent certaines caractéristiques différentes des enfants ne manifestant que des comportements sexuels problématiques. Celles-ci indiquent une plus grande adversité, suggérant qu'il est particulièrement urgent d'orienter ces enfants et leur famille vers les services appropriés à leurs besoins. Ce processus doit se baser sur une évaluation complète des caractéristiques de l'enfant, tant psychologiques que comportementales, ainsi que sur l'évaluation des caractéristiques de l'environnement familial, dans le but de prioriser adéquatement les cibles d'intervention, tel que suggéré par les experts (Chaffin *et al.*, 2008). Toutefois, la présence ou l'absence de difficultés comportementales ne semble pas l'avenue permettant de refléter au mieux l'hétérogénéité des profils d'enfants présentant des CSP. Ces deux populations d'enfants se distinguent peu, suggérant qu'ils puissent tous deux bénéficier d'une intervention probante portant à la fois sur les problèmes de comportement de façon générale et des composantes spécifiques aux CSP. L'avenue selon laquelle des sous-groupes existent chez les enfants présentant des CSP mérite d'être approfondie davantage, des études supplémentaires étant nécessaires afin d'identifier les services adaptés aux enfants manifestant des CSP en fonction de leur profil spécifique.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index*. (3^e éd.). Charlottesville, VA : Pediatric Psychology Press.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT : Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Achenbach, T. M. et Rescola, L. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms and profile*. Burlington, VT : University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families.
- Allen, B. (2017). Children with sexual behavior problems: Clinical characteristics and relationship to child maltreatment. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(2), 189-199.
- Allen, B., Tellez, A., Wevodau, A., Woods, C. L. et Percosky, A. (2014). The impact of sexual abuse committed by a child on mental health in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(12), 2257-2272.
- *Baker, A. J. L., Gries, L., Schneiderman, M., Parker, R., Archer, M. et Friedrich, W. N. (2008). Children with problematic sexualized behaviors in the child welfare system. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 87(1), 5-27.
- Baker, A. J. L., Schneiderman, M. et Parker, R. (2001). A survey of problematic sexualized behaviors of children in the New York City child welfare system: Estimates of problem, impact on services, and need for training. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(4), 67-80.

- Bergeron, L., Valla, J. P. et Breton, J. J. (1992). Pilot study for the Quebec Child Mental Health Survey: Part II. Correlates of DSM-III-R criteria among 6 to 14 years old. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37(6), 381-386.
- Bergeron, L., Valla, J. P., Breton, J. J., Gaudet, N. et Berthiaume, C. (1993). *Factor analysis and reliability of parental behavior and attitudes questionnaire*. Communication présentée au 40^e congrès annuel de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, San Antonio, TX.
- Bernstein, E. M. et Putnam, F. W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous & Mental Diseases*, 174(12), 727-735.
- Boisvert, I., Tougas, A.-M., Gamet, M.-L. et Tourigny, M. (2017). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de douze ans et moins. In M. Hébert, M. Fernet et M. Blais (dir.), *Le développement sexuel et psychosocial de l'enfant et l'adolescent* (p. 83-136). Louvain-la-Neuve, Belgique : Éditions de Boeck.
- Boisvert, I., Tourigny, M., Lanctôt, N. et Lemieux, S. (2016). Comportements sexuels problématiques chez les enfants : une recension systématique des facteurs associés. *Revue de psychoéducation*, 45(1), 175-209.
- Brinkmeyer, M. Y. et Eyberg, S. M. (2003). Parent-child interaction therapy for oppositional children. In A. E. Kazdin et J. R. Weisz (dir.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (p. 204-223). New York, NY : The Guilford Press.

- Bronfenbrenner, U. et Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In R. M. Lerner et W. Damon (dir.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (p. 793-828). Hoboken, NJ : John Wiley and Sons Inc.
- Campbell, S. B. (2002). Behavior problems in preschool children: Clinical and developmental issues. New York, NY : The Guilford Press.
- Chaffin, M., Berliner, L., Block, R., Johnson, T. C., Friedrich, W. N., Louis, D. G. ... Madden (2008). Report of the ATSA Task Force on children with sexual behavior problems. *Child Maltreatment*, 13(2), 199-218.
- *Chromy, S. J. (2003). *Indicators and predictors of sexual behavior problems in sexually abused children: Psychological, behavioral and victimization characteristics*. (Thèse de doctorat inédite). University of Central Florida, FL.
- Coln, K., Jordan, S. et Mercer, S. (2013). A unified model exploring parenting practices as mediators of marital conflict and children's adjustment. *Child Psychiatry & Human Development*, 44(3), 419-429.
- Cyr, M. et Hébert, M. (2005). *Adaptation française du Source of Stress Inventory de L.A. Chandler (SSI ; 1981) et du Life Events Checklist de J.H. Johnson, & S.M. McCutcheon (LEC ; 1980)*. Manuscrit inédit, Université de Montréal, Département de psychologie, Montréal, Canada.

- Dufour, C., Tougas, A. M., Tourigny, M., Paquette, G. et Hélie, S. (2017). Profil psychosocial des enfants présentant des comportements sexuels problématiques dans les services québécois de protection de l'enfance. *Revue canadienne de service social*, 34(1), 23-45.
- Dunn, L. M., Thériault, C. M., et Dunn, D. M. (1993). *Échelle de vocabulaire en images Peabody (ÉVIP)*. Toronto, Canada : Psycan Corporation.
- Elkovitch, N., Latzman, R. D., Hansen, D. J. et Flood, M. F. (2009). Understanding child sexual behavior problems: A developmental psychopathology framework. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 586-598.
- Ensink, K., Godbout, N., Bigras, N., Lampron, J., Sabourin, S. et Normandin, L. (2018). Persistent and transitory sexualized behavior problems in children. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(4), 621-631.
- Frick, P. J. (1991). *The Alabama parenting questionnaire : Unpublished rating scale*. (Thèse de doctorat inédite). University of New Orleans, LA.
- Friedrich, W. N. (1997). *CSBI - Child Sexual Behavior Inventory, Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- Friedrich, W. N. (2005). Correlates of sexual behavior in young children. *Journal of Child Custody*, 2(3), 41-55.
- Friedrich, W. N. (2007). *Children with sexual behavior problems: Family-based attachment-focused therapy*. New York, NY : Norton & Company.

- Friedrich, W. N., Baker, A. J. L., Parker, R., Schneiderman, M., Gries, L. et Archer, M. (2005). Youth with problematic sexualized behaviors in the Child Welfare System: A One-Year longitudinal study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17(4), 391-406.
- Friedrich, W. N., Beilke, R. L. et Purcell, J. (1989). *Child Sexual Behavior Inventory* (CSBI-II). Rochester, MN: Mayo Clinic, Psychology Department.
- *Gagnon, M. M., Bégin, H. et Tremblay, C. (2005). Profil psychosocial d'enfants présentant des comportements sexuels problématiques: étude descriptive. *Revue québécoise de psychologie*, 26(1), 223-241.
- Gagnon, M. M., Bégin, H. et Tremblay, C. (2006). Émergence des comportements sexuels problématiques chez les enfants: éléments de compréhensions. *Revue de psychoéducation*, 35(1), 95-120.
- Gagnon, M. M. et Tourigny, M. (2011). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants âgés de 12 ans et moins: évaluation et traitement. In M. Hébert, M. Cyr et M. Tourigny (dir.), *L'agression sexuelle envers les enfants Tome 1* (p. 333-362). Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Goodman, S. H., Rouse M. H., Connell A. M., Robbins Broth M., Hall C. M. et Heyward D. (2011). Maternal depression and child psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, (14)1, 1-27.

- Gouvernement du Québec (2015). Infractions sexuelles au Québec – Faits saillants 2013. Repéré à http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/agressions_sexuelles/2013/infractions_sexuelles_2013.pdf
- Grant, K. E., McMahon, S. D., Carter, J. S., Carleton, R. A., Adam, E. K. et Chen E. (2014) The influence of stressors on the development of psychopathology. *In*: M. Lewis, K. Rudolph (dir.), *Handbook of Developmental Psychopathology* (p. 205-223). Boston, MA : Springer.
- *Gray, A., Pithers, W. D., Busconi, A. et Houchens, P. (1999). Developmental and etiological characteristics of children with sexual behavior problems: Treatment implications. *Child Abuse & Neglect*, 23(6), 601-621.
- Greenberg, M. T., Speltz, M. L. et DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 5(1-2), 191-213.
- Harter, S. (1985). *Manual for the self-perception profile for children: Revision of the perceived competence scale for children*. University of Denver, CO.
- Hébert, M. (2001). *Traduction française du Security Scale (KSS; Kerns, Klepac et Cole, 1996)*. Manuscrit inédit, Université du Québec à Montréal, Département de sexologie, Montréal, Canada.

- Hébert, M. et Lavoie, F. (2000). *Traduction et adaptation d'une version brève du Conflict Tactics Scale (CTS) de Straus, Hamby, Boney-McCoy et Sugarman (1996)*. Manuscrit inédit, Université du Québec à Montréal, Département de sexologie, Montréal, Canada.
- Hélie, S., Turcotte, D., Trocmé, N. et Tourigny, M. (2012). *Étude d'incidence québécoise sur les situations évaluées en protection de la jeunesse en 2008 (ÉIQ-2008)*. Montréal, Canada : Centre jeunesse de Montréal-Institut Universitaire.
- Hunt, T. K. A., Slack, K. S. et Berger, L. M. (2017). Adverse childhood experiences and behavioral problems in middle childhood. *Child Abuse & Neglect*, 67, 391-402.
- IBM SPSS Statistics 23* (2015). V. 23.0. Sur logiciel. Armonk, NY: IBM Corp.
- Johnson, T. C. (2004). Psychotherapy, training, consultation and publication about the Child Sexual Behavior Checklist-Revised (CSBCL), Second revision. South Pasadena, CA.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P. *et al.* (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children: Present and lifetime version (K-SADS-PL). *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988.
- Kerns, K. A., Klepac, L. et Cole, A. (1996). Peer relationships and preadolescent's perception of security in the child-mother relationship. *Developmental Psychology*, 32(3), 457-466.
- Kimonis E. R. et Frick, P. J. (2015). Externalizing disorders of childhood and adolescence. In J. E. Maddux et B. A. Winstead (dir.), *Psychopathology Foundations for a Contemporary Understanding* (p. 365-389). New York, NY: Routledge.

- Lepage, J., Tourigny, M., Pauzé, R., McDuff, P. et Cyr, M. (2010). Comportements sexuels problématiques d'enfants pris en charge par les services québécois de protection de l'enfance : facteurs associés. *Sexologies*, 19(2), 119-126.
- *Lévesque, M., Bigras, M. et Pauzé, R. (2010). Externalizing problems and problematic sexual behaviors: Same etiology? *Aggressive Behavior*, 36(6), 358-370.
- Lévesque, M., Bigras, M. et Pauzé, R. (2012). Persistence of problematic sexual behaviors in children. *Journal of Clinical Child et Adolescent Psychology*, 41(2), 239-245.
- *Lightfoot, S. et Evans, I. M. (2000). Risk factors for a New Zealand sample of sexually abusive children and adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 24(9), 1185-1198.
- Liu, G., Chen, X. et Lewis, G. (2011). Childhood internalizing behaviour: Analysis and implications. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), 884-894.
- Loeber, R. et Farrington, D. P. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12(4), 737-762.
- Lussier, P., McCuish, E., Mathesius, J., Corrado, R. et Nadeau, D. (2018). Developmental trajectories of child sexual behaviors on the path of sexual behavioral problems: Evidence from a prospective longitudinal study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 30(6), 622-658.

- McCrory, E., Hickey, N., Farmer, E. et Vizard, E. (2008). Early-onset sexually harmful behaviour in childhood: A marker for life-course persistent antisocial behaviour?. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 19(3), 382-395.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1986). *Family environment scale manual* (2^e éd.). Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Patterson, G. R. (2002). The early development of coercive family process. In J. B. Reid, G. R. Patterson et J. Snyder (dir.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (p. 25-44). Washington, DC : American Psychological Association.
- Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F. et Frappier, J.-Y. (2000). Portrait des jeunes inscrits à la prise en charge des Centres jeunesse du Québec et description des services reçus au cours des huit premiers mois. Sherbrooke, Canada : Université de Sherbrooke, Groupe de recherche et d'intervention sur les adaptations sociales de l'enfance (GRISE).
- Piquero A.R. et Moffitt T.E. (2014). Moffitt's Developmental taxonomy of antisocial behavior. In G. Bruinsma et D. Weisburd (dir.), *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice* (p. 3121-3127). New York, NY: Springer.

- *Pithers, W. D., Gray, A. et Houchens, P. (1998). Children with sexual behavior problems: Identification of five distinct child types and related treatment considerations. *Child Maltreatment*, 8(4), 384-406.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C. et Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête de Santé Québec. Les cahiers de la recherche no 7, Enquête Santé Québec 1987, Ministère de la santé et des services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Ryan, G. (2000). Childhood sexuality: A decade of study. Part I - Research and curriculum development. *Child Abuse & Neglect*, 24(1), 33-48.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2(2), 71-90.
- Schoppe-Sullivan, S. J., Schermerhorn, A. C. et Cummings, E. M. (2007). Marital conflict and children's adjustment: Evaluation of the parenting process model. *Journal of Marriage & Family*, 69(5), 1118-1134.
- Seppanen, P., Cournoyer, H., Jerney, J., Boesch, D. et Rosenkranz, Meghan. (2017). *Children with Sexual Behavior Problems: Research on best practices, current systems, and policy and practice recommendations to improve Minnesota's ability to provide early identification*

and intervention services. Minnesota, États-Unis : Minnesota Coalition Against Sexual Assault.

Shevade, D., Norris, E. et Swann, R. (2011). An exploration of therapists' reactions to working with children displaying sexually problematic behaviour: A thematic analytic study. *Journal of Child Psychotherapy*, 37(1), 52-74.

Sickmund, M. et Puzzanchera, C. (2014). Law enforcement and juvenile crime. In C. Puzzanchera (dir.), *Juvenile offenders and victims: 2014 National report* (p. 115-147). Pittsburgh, PA : National Center for Juvenile Justice.

Silovsky, J. F. et Bonner, B. L. (2003). Sexual behavior problems. In T. H. Ollendick et C. S. Schroder (dir.), *Encyclopedia of clinical child and pediatric psychology* (p. 589-591). New York, NY : Kluwer Academic/Plenum Publishers.

*Silovsky, J. F. et Niec, L. (2002). Characteristics of young children with sexual behavior problems: A pilot study. *Child Maltreatment*, 7(3), 187-197.

Silovsky, J. F., Niec, L., Bard, D., et Hecht, D. (2007). Treatment for preschool children with interpersonal sexual behavior problems: A pilot study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(3), 378-391.

Silovsky, J. F., Swisher, L. M., Widdifield, J. et Turner, V. L. (2013). Children with sexual behavior problems. In D. S. Bromberg et W. T. O'Donohue (dir.), *Handbook of child and*

- adolescent sexuality: Development and forensic psychology* (p. 497-518). Oxford, Angleterre : Academic Press.
- St-Amand, A., Saint-Jacques, M.-C. et Silovsky, J. F. (2011). Comprendre les enfants aux comportements sexuels problématiques et intervenir auprès d'eux. *Canadian Social Work Review*, 28(2), 225-253.
- St-Amand, A., Villeneuve, M. P. et Vaillancourt, A. (2017). Les comportements sexuels problématiques chez les enfants: pistes de réflexion pour une pratique en émergence. *Service social*, 63(1), 55-72.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. et Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Szanto, L., Lyons, J. S. et Kisiel, C. (2012). Childhood trauma experience and the expression of problematic sexual behavior in children and adolescents in state custody. *Residential Treatment for Children and Youth*, 29(3), 231-249.
- Tourigny, M., Gagnon, M. et Boisvert, I. (2006). *Projet de recherche auprès des enfants présentant des comportements sexuels problématiques et leurs parents*. Manuscrit inédit, Université de Sherbrooke, Canada.
- Tourigny, M. et Gagnon, M. (2007). *Traduction et adaptation du Child Sexual Behavior Checklist (CSBCL)*. Manuscrit inédit, Université de Sherbrooke, Canada.

Vizard, E., Hickey, N. et McCrory, E. (2007). Developmental trajectories associated with juvenile sexually abusive behaviour and emerging severe personality disorder in childhood: 3-year study. *British Journal of Psychiatry*, 190(49), 27-32.

Webster-Stratton, C. (2005). The Incredible Years: A training series for the prevention and treatment of conduct problems in young children. In E. D. Hibbs et P. S. Jensen (dir.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (p. 507-555). Washington, DC : American Psychological Association.

ANNEXE A. CARACTÉRISTIQUES ET RÉSULTATS DES ÉTUDES RECENSÉES

Tableau 1. Caractéristiques et résultats des études liées à la première question de recension

Échantillon	Définition CSP	Devis	Problèmes de comportement chez les enfants CSP		
			Taux	Différences significatives (d.s.) selon le sexe	Différences significatives (d.s.) selon l'âge
Baker <i>et al.</i>, 2008 (ÉU) <i>n</i> : 23 Âge: 10-11,99 ans; M = n.d. ans Sexe: n.d.% garçons AS: n.d.% Pop.: clinique autre (protection enfance)	Évaluation CSP: instrument de mesure (CSBI) Source: parent d'accueil ou travailleur social Définition CSP: création d'une variable dichotomique (présence / absence CSP) en fonction des critères suivants: a) présence d'au moins un item "intrusif", et/ou b) score-t au-dessus du seuil clinique à l'échelle SASI Type CSP: n.d.	Transversal	<u>CBCL</u> 26% anxieux/dépressif s.c. 17% retrait social s.c. 2% plaintes somatiques s.c. 52% cpts. intériorisés s.c. 61% bris des règles s.c. 57% cpts. agressifs s.c. 74% cpts. extériorisés s.c. 70% cpts. globaux s.c.		
Chromy, 2003 (É-U) <i>n</i> : 66 Âge: M = 6,86 ans Sexe: 45,5% garçons AS: 100% Pop.: clinique prog. AS	Évaluation CSP: jugement clinique Source: donneur de soin et/ou enfant Définition CSP: n.d. Type CSP: vers soi et vers autrui	Transversal	<u>Entrevue / CBCL</u> 47,4% cpts. d'assaut 34,5% cruauté envers les animaux 13,3% mettre le feu 20,4% auto-mutilation 16,4% idéations suicidaires		
Gagnon <i>et al.</i>, 2005 (Qc) <i>n</i> : 55 Âge: 6-13 ans; M = 9,7 ans Sexe: 76,4% garçons AS: 60,4% Pop.: clinique prog. CSP	Évaluation CSP: jugement clinique Source: enfant et famille Définition CSP: n.d. Type CSP: n.d.	Transversal <u>GR 6-9 ans CSP</u> N: 23 Sexe: 69,6% g. <u>GR 10-13 ans CSP</u> N: 32 Sexe: 81,3% g.	<u>CBCL</u> 60% cpts. int. s.c. 82% cpts. ext. s.c. 80% cpts. globaux s.c.		<u>CBCL</u> (M score-t) ≠ d.s. cpts. int. ≠ d.s. cpts. ext. ≠ d.s. cpts. globaux
Gray <i>et al.</i>, 1999 (ÉU) <i>n</i> : 127 Âge: 6-12 ans; M = 8,8 ans Sexe: 65% garçons AS: 84% Pop.: clinique prog. CSP	Évaluation CSP: jugement clinique Source: n.d. Définition CSP: inappropriés au plan développemental et qui rencontrent au moins l'un des critères suivants: a) répétition, b) pas de réponse à l'intervention ou supervision des adultes, c) diversité, d) persistance temps et situations, e) équivalence à une violation criminelle Type CSP: vers autrui	Transversal <u>GR 6-9 ans CSP</u> N: 66 Sexe: 65% g. <u>GR 10-12 ans CSP</u> N: 61 Sexe: 63,9% g. <u>GR filles CSP</u> N: 44	<u>CBCL</u> 65% cpts. int. s.c. 77% cpts. ext. s.c. 81% cpts. globaux s.c. <u>TRF</u> 44% cpts. int. s.c. 70% cpts. ext. s.c. 64% cpts. globaux s.c. <u>YSR</u> 35% cpts. int. s.c. 35% cpts. ext. s.c.	<u>TRF</u> (M score-t) G > F cpts. int. ≠ d.s. cpts. globaux <u>YSR</u> (M score-t) ≠ d.s. cpts. int. ≠ d.s. cpts. ext. ≠ d.s. cpts. globaux	<u>CBCL</u> (M score-t) ≠ d.s. cpts. int. ≠ d.s. cpts. ext. ≠ d.s. cpts. globaux <u>TRF</u> (M score-t) 10-12 > 6-9 cpts. int. ≠ d.s. cpts. globaux F 10-12 > F 6-9 cpts. ext.

		Âge: M = 8,8 ans <u>GR garçons</u> CSP N: 83 Âge: M = 8,9 ans	41% cpts. globaux s.c. <u>DX</u> 76% dx DSM TC 27% dx DSM TOP	<u>DX DSM TC</u> 83% G > 62% F <u>DX DSM TOP</u> ≠ d.s.	≠ d.s.garçons cpts. ext.
Lévesque et al., 2010 (Qc) n : 54 Âge: 6-11 ans; M = n.d ans Sexe: n.d.% garçons AS: n.d.% Pop.: clinique autre (protection enfance)	Évaluation CSP: instrument de mesure (CSBI) Source: donneur de soin Définition CSP: présence d'au moins l'un des critères suivants: touche ou essaie de toucher les seins de sa mère/d'autres femmes; tente d'avoir des relations sexuelles avec un autre enfant/adulte; applique ou essaie d'appliquer la bouche sur les parties génitales des enfants/adultes; touche les parties génitales des adultes; touche les parties génitales des animaux; demande aux autres de s'engager à des activités sexuelles avec lui; essaie de déshabiller les autres enfants/adultes; place sa bouche sur les seins de sa mère ou d'autres femme; touche ses parties génitales en public; touche les parties génitales d'un autre enfant;; introduit des objets dans son vagin ou son anus; montre ses parties génitales aux enfants/adultes Type CSP: vers soi et vers autrui	Transversal	<u>CBCL</u> 85% cpts ext.		
Lightfoot et Evans, 2000 (NZ) n : 20 Âge: 7-16 ans; M = 11,3 ans Sexe: 60% garçons AS: 15% Pop.: clinique autre (protection enfance)	Évaluation CSP: jugement clinique Source: travailleur social Définition CSP: l'initiation d'un acte sexuel lorsque le consentement ou l'exploration mutuelle ne sont pas présents, ou par l'utilisation de la force, la menace, la coercition, ou lorsque l'enfant n'initiant pas le cpt est sujet à un rapport de pouvoir par une différence d'âge significative, des incapacités mentales ou intellectuelles, des difficultés de compréhension ou la présence de significativement moins de maturité. Type CSP: vers autrui	Transversal <u>GR gars</u> N: 12 Âge: M = n.d. ans <u>GR filles</u> N: 8 Âge: M = n.d. ans	<u>CBCL</u> 42% cpts. int. s.c. 11% cpts. ext. s.c. 74% cpts. globaux s.c.	<u>CBCL</u> 63% F cpts. int. s.c. > 36% G cpts. int. s.c.	
Silovsky et Niec, 2002 (ÉU) n : 37 Âge: 3-7 ans; M = 4,9 ans Sexe: 35% garçons AS: 38% Pop.: clinique prog. CSP	Évaluation CSP: instrument de mesure (CSBI) Source: donneur de soin Définition CSP: score-t total au-dessus du seuil clinique (T = 65 ou plus) Type CSP: vers soi et vers autrui	Transversal <u>GR garçons</u> CSP N: 13 Âge: M = n.d. ans <u>GR filles CSP</u> N:24 Âge: M = n.d. ans	<u>CBCL</u> 53% cpts. int. s.c. 86% cpts. ext. s.c. 89% cpts. globaux s.c.	<u>CBCL (M score-t)</u> ≠ d.s. cpts. int. ≠ d.s. cpts. ext. ≠ d.s. cpts. globaux	

ANNEXE B. COMPARAISON DES COMPORTEMENTS SEXUELS ET LEURS CARACTÉRISTIQUES CONTEXTUELLES

Tableau 2. Comportements sexuels et leurs caractéristiques contextuelles selon la présence ou
l'absence de problèmes de comportement chez l'enfant.

Variables mesurées (n)	Total %	Problèmes de comportement		X²(dl)
		Non %	Oui %	
<i>Présence des types de comportements sexuels (CSBCL)</i>				
Comportements sexuels verbaux (n = 88)	70,5	45,8	79,7	9,610 (1)**
Comportements d'observation (n = 87)	72,4	41,7	84,1	15,685 (1)***
Comportements liés aux frontières physiques (n = 89)	66,3	50	72,3	3,903 (1)*
Comportements liés à la nudité (n = 88)	87,5	66,7	95,3	13,095 (1)***
Touchers sexuels envers soi (n = 89)	56,2	25,0	67,7	12,977 (1)***
Touchers sexuels dirigés vers les autres (n = 89)	76,4	54,2	84,6	9,014 (1)**
Comportements à connotation sexuelle (n = 88)	70,5	56,5	75,4	2,904 (1)
Touchers sexuels impliquant des animaux (n = 84)	13,1	0,0	18,0	TNV
Comportements en lien avec l'identité sexuelle (n = 88)	38,6	39,1	38,5	0,003 (1)
<i>Présence des caractéristiques des comportements sexuels (CSBCL)</i>				
CS avec enfants plus vieux/jeunes (n = 81)	51,9	47,6	53,3	0,203(1)
CS avec enfants avec qui il ne joue pas normalement (n = 80)	13,8	0,0	18,3	TNV
CS envahissent ses activités quotidiennes (n = 80)	17,5	4,8	22,0	TNV
Agit davantage comme un adulte face à la sexualité (n = 79)	38,0	15,0	45,8	6,001(1)*
Est différent des enfants de son âge face à la sexualité (n = 82)	51,2	22,7	61,7	9,769(1)*
CS en dépit des limites par l'adultes de s'arrêter (n = 83)	49,4	26,1	58,3	6,916(1)**
CS avec enfants malgré le refus de ces derniers (n = 68)	38,2	36,4	39,1	0,048(1)
Semble incapable d'arrêter par lui-même ses CS (n = 78)	48,7	27,3	57,1	5,641(1)*
CS public après interdiction de les faire (n = 79)	25,3	14,3	29,3	1,841(1)
Des enfants se plaignent de ses CS/langage (n = 78)	46,2	33,3	50,9	1,901(1)
CS qui rendent l'adulte inconfortable (n = 82)	29,3	9,5	36,1	5,316(1)*
Vit de la peur/anxiété face à la sexualité/CS (n = 79)	29,3	15,8	33,9	2,252(1)
Vit de la culpabilité/honte face à la sexualité/CS (n = 79)	39,2	30,0	42,4	0,959(1)
Vit de la colère par rapport à la sexualité/CS (n = 78)	15,4	4,8	19,3	TNV
CS adultes étendus/persistants/réciproques avec enfants (n = 80)	13,8	4,8	16,9	TNV
Sexualise des choses non sexuelles, des interactions avec autrui ou des relations (n = 80)	25,0	4,8	32,2	6,220(1)*
CS qui causent de la douleur/inconfort émotionnel soi/autres (n = 80)	33,8	18,2	39,7	3,289(1)
Utilise une logique distorsionnée pour justifier les CS (n = 78)	21,8	4,8	28,1	TNV

Utilise un mauvais langage/est en colère avant, pendant ou après les CS ($n = 75$)	14,7	4,8	18,5	TNV
Utilise de la force physique avant, pendant ou après les CS ($n = 76$)	14,5	4,8	18,2	TNV
Utilise la sexualité pour blesser physiquement une personne ($n = 80$)	1,3	0,0	1,7	TNV
Utilise des moyens coercitifs pour impliquer un enfant dans des CS ($n = 76$)	26,3	18,2	29,6	1,056(1)
CS deviennent plus fréquents, inquiétants et intrusifs au fil du temps ($n = 76$)	14,5	5,0	17,9	TNV
Manifeste un manque d'empathie ou de préoccupations envers les autres enfants impliqués dans le CS ($n = 78$)	26,9	4,5	35,7	7,799(1)**

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, TNV: test non valide (une cellule ou plus a un effectif inférieur à 5), CS comportements sexuels

ANNEXE C. ANALYSES STATISTIQUES UNIVARIÉES

Tableau 3. Caractéristiques individuelles et familiales des enfants présentant des CSP en fonction de la présence ou l'absence de problèmes de comportement.

Variables mesurées (Instrument de mesure; <i>n</i>)	Total %	Problèmes de comportement		X ² (dl)
		Non %	Oui %	
<i>Les caractéristiques individuelles prédisposant l'enfant aux problèmes de comportement</i>				
Groupe d'âge (<i>n</i> = 93)				
6 à 9 ans	63,4	72,0	60,3	1,080(1)
10 à 13 ans	36,6	28,0	39,7	
Sexe (<i>n</i> = 93)				
Filles	34,4	40,0	32,4	0,474(1)
Garçons	65,6	60,0	67,6	
Niveau de compétences verbales (EVIP; <i>n</i> = 82)				
Faible à moyen bas	41,5	57,1	36,1	2,859(1)
Moyen haut à excellent	58,5	42,9	63,9	
Évènements traumatiques vécus (K-SADS; <i>n</i> = 88)				
Aucun évènement vécu	68,2	75,0	65,6	0,707(1)
Plus d'un évènement vécu	31,8	25,0	34,4	
<i>Les stresseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant</i>				
Type de famille de l'enfant (<i>n</i> = 93)				
Famille biologique	53,8	60,0	51,5	0,535(1)
Famille d'accueil	46,2	40,0	48,5	
Occupation de la mère (<i>n</i> = 88)				
Aux études ou autre	11,4	16,0	9,5	1,472(2)
Emploi rémunéré	40,9	32,0	44,4	
Sans emploi	47,7	52,0	46,0	
Occupation du père (<i>n</i> = 72)				
Aux études ou autre	11,1	16,0	8,5	TNV
Emploi rémunéré	70,8	68,0	72,3	
Sans emploi	16,7	16,0	17,0	
Décédé	1,4	0,0	2,1	
Revenu familial brut annuel (<i>n</i> = 75)				
Moins de 29 999	42,7	29,2	49,0	3,174(2)
30 000 à 69 999	44,0	58,3	37,3	
70 000 et plus	13,3	12,5	13,7	
Origine ethnique du parent répondant (<i>n</i> = 85)				
Canada	83,5	84,0	83,3	TNV
Autre	16,5	16,0	16,7	
Violence conjugale vécue par le parent répondant (CTS2)				
Au cours de l'année (<i>n</i> = 61)	59,0	38,1	70,0	5,795(1)*
Au cours de la vie (<i>n</i> = 78)	78,2	60,0	86,8	7,154(1)**

Détresse psychologique du le parent répondant (IDPESQ; n = 78)				
Détresse psychologique d'intensité clinique	35,9	12,0	47,2	9,131(1)**
Histoire d'agression sexuelle et d'exposition à la violence du parent répondant (HASV; n = 78)				
Aggression sexuelle vécue durant l'enfance	48,7	32,0	56,6	4,116(1)*
Exposition à la violence conjugale durant l'enfance	34,6	20,0	41,5	3,472(1)
Les pratiques parentales coercitives				
Pratiques éducatives du parent répondant (APQ; n = 78)				
Incohérence disciplinaire	32,1	16,0	39,6	4,353(1)*
Supervision parentale déficiente	11,5	4,0	15,1	TNV
Exposition de l'enfant à la violence conjugale (CTS2)				
Au cours de l'année (n = 61)	37,7	23,8	45,0	2,633(1)
Au cours de la vie (n = 62)	58,1	33,3	70,7	7,977(1)**
Formes de maltraitance vécues par l'enfant (K-SADS)				
Victime d'abus physique (n = 68)	38,2	45,0	35,4	0,549(1)
Victime d'abus psychologique (n = 65)	32,3	42,9	27,3	1,579(1)
Victime de négligence (n = 69)	39,1	35,0	40,8	0,202(1)
La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant				
Caractéristiques en lien avec l'accès et présence de nudité et de sexualité dans le milieu de vie de l'enfant				
L'enfant a eu dans le passé, ou présentement, accès à du matériel pornographique (n = 73)	24,7	19,0	26,9	0,499(1)
L'enfant a eu dans le passé, ou présentement, accès à la télévision par câble sans supervision (n = 82)	23,2	27,3	21,7	0,284(1)
L'enfant a eu dans le passé, ou présentement, accès à internet sans supervision (n = 81)	13,6	18,2	11,9	TNV
L'enfant a eu dans le passé, ou présentement, accès à des objets sexuels (n = 76)	6,6	0,0	8,9	TNV
Il y a des personnes qui se promènent nues dans la maison de l'enfant (n = 79)	16,5	13,6	17,5	0,176(1)
L'enfant a déjà vu des relations sexuelles				
Film/télévision (n = 43)	16,3	11,1	17,6	TNV
Vraie vie (n = 44)	27,3	18,2	30,3	TNV
Au cours des six derniers mois, l'enfant a pris un bain ou une douche avec une autre personne (adulte ou enfant; n = 81)	28,4	22,7	30,5	0,477(1)
L'enfant partage sa chambre (n = 85)	37,6	45,5	34,9	0,771(1)
L'enfant partage son lit (n = 84)	7,1	9,1	6,5	TNV
L'enfant dort à l'occasion dans le lit de ses parents (n = 80)	40,0	39,1	40,4	0,010(1)

(dl) : degré de liberté, TNV: test non valide (une cellule ou plus a un effectif inférieur à 5), * p < 0,05 ** p < 0,01

Tableau 4. Caractéristiques individuelles et familiales des enfants présentant des CSP en fonction de la présence ou l'absence de problèmes de comportement.

Variables (Instrument de mesure; n)	Total	Problèmes de comportement		Test <i>t</i> <i>t</i> (dl)
	<i>M</i> (é.t.)	Non <i>M</i> (é.t.)	Oui <i>M</i> (é.t.)	
Les caractéristiques individuelles prédisposant l'enfant aux problèmes de comportement				
Soutien social (SSSC; <i>n</i> = 81)				
Soutien d'un ami proche	20,8(4,0)	21,6(3,1)	20,5(4,2)	1,085(79)
Évènements de vie généraux vécus (SSI-LEC; <i>n</i> = 88)				
Nombre d'évènements	3,6(2,0)	2,8(1,8)	4,0(2,0)	-2,593(86)*
Niveau de stress lié aux évènements	5,2 (3,2)	3,3(2,3)	6,0(3,2)	-3,726(86)***
Les stresseurs affectant la capacité des parents à fournir des soins optimaux à leur enfant				
Détresse psychologique du parent répondant – scores bruts (IDPESQ; <i>n</i> = 78)				
Dépression	24,4(28,2)	11,5(18,9)	30,6(29,9)	-3,422(69,407)***
Anxiété	35,0(27,9)	23,6(19,6)	40,3(29,7)	-2,950(67,631)**
Irritabilité	25,0(21,8)	16,3(16,0)	29,1(23,1)	-2,827(65,118)**
Problèmes cognitifs	20,5(30,6)	10,0(17,4)	25,5(34,2)	-2,648(75,525)**
Relations entre les membres de la famille (FES; <i>n</i> = 80)				
Cohésion familiale	59,1(10,5)	62,2(8,7)	57,7(11,0)	1,795(78)
Conflits familiaux	49,3(11,3)	44,2(7,4)	51,7(12,0)	-3,385(70,667)***
Symptômes de dissociation du parent répondant (DES; <i>n</i> = 75)				
Symptômes d'amnésie	4,6(6,5)	1,4(2,1)	5,5(7,4)	-3,596(62,494)***
Symptômes d'absorption	11,6(11,8)	7,6(8,6)	13,7(12,7)	-2,451(66,392)*
Symptômes de dépersonnalisation	2,8(8,4)	0,0(0,0)	4,2(10,0)	-2,975(49)**
Symptômes de dissociation (total)	8,0(8,5)	4,4(4,3)	9,7(9,5)	-3,322(72,526)***
Évènements de vie généraux vécus par le parent répondant (SSI-LEC; <i>n</i> = 77)				
Nombre d'évènements	3,4(2,0)	2,7(1,7)	3,8(2,0)	-2,365(75)*
Niveau de stress lié aux évènements	5,3(3,6)	3,6(2,6)	6,2(3,7)	-3,057(75)**
Les pratiques parentales coercitives				
Pratiques parentales du parent répondant (PBAQ; <i>n</i> = 76)				
Soins et soutien	11,4(2,5)	11,7(2,2)	11,3(2,6)	0,651(74)
Pratiques punitives	12,0(1,9)	12,8(1,5)	11,7(2,0)	2,574(74)*
La qualité de l'attachement parent-enfant				
Sentiment de sécurité de l'enfant envers les figures parentales (KSS)				
Envers la figure maternelle (<i>n</i> = 79)	30,0(4,9)	30,5(4,7)	29,9(5,0)	0,479(77)
Envers la figure paternelle (<i>n</i> = 62)	12,0(1,9)	31,2(5,1)	29,7(5,9)	0,936(60)
La perturbation du développement psychosexuel de l'enfant				
Nombre de caractéristiques présentes dans le milieu de vie de l'enfant (<i>n</i> = 87)				
	2,0(1,5)	2,0(1,5)	2,1(1,4)	-0,175(85)

M : moyenne, (é.t.) : écart type, (dl) : degré de liberté, * *p* < 0,05 ** *p* < 0,01 *** *p* < 0,001

ANNEXE D. MATRICE DE CORRÉLATION

Tableau 5. Matrice de corrélations des caractéristiques individuelles et familiales des enfants présentant des comportements sexuels problématiques.

	Niveau de stress lié aux événements (enfant)	Nombre événements (enfant)	Conflits familiaux	Détresse psychologique niveau clinique	Dépression	Anxiété	Irritabilité	Problèmes cognitifs	Agression sexuelle vécue durant l'enfance	Symptômes de dissociation	Symptômes d'amnésie	Symptômes d'absorption	Symptômes de dépersonnalisation	Niveau de stress lié aux événements (parent)	Nombre événements (parent)	Violence conjugale vécue (année)	Violence conjugale vécue (vie)	Exposition à la violence conjugale (enfant)	Incohérence disciplinaire	Pratiques punitives
Niveau de stress lié aux événements (enfant)	1																			
Nombre événements (enfant)	0,93	1																		
Conflits familiaux	0,33	0,27	1																	
Détresse psychologique niveau clinique	0,23	0,20	0,14	1																
Dépression	0,33	0,29	0,21	0,73	1															
Anxiété	0,30	0,27	0,15	0,67	0,72	1														
Irritabilité	0,28	0,21	0,35	0,63	0,70	0,60	1													
Problèmes cognitifs	0,08	0,08	0,22	0,52	0,53	0,35	0,59	1												
Agression sexuelle vécue durant l'enfance	0,09	0,08	0,20	0,45	0,37	0,33	0,32	0,27	1											
Symptômes de dissociation	0,33	0,31	0,434	0,47	0,61	0,46	0,55	0,49	0,47	1										
Symptômes d'amnésie	0,34	0,31	0,42	0,42	0,56	0,33	0,46	0,48	0,37	0,84	1									
Symptômes d'absorption	0,28	0,30	0,45	0,35	0,44	0,38	0,43	0,34	0,45	0,91	0,67	1								
Symptômes de dépersonnalisation	0,28	0,27	0,24	0,38	0,69	0,45	0,50	0,46	0,30	0,79	0,65	0,59	1							
Niveau de stress lié aux événements (parent)	0,95	0,94	0,32	0,26	0,38	0,36	0,30	0,11	0,12	0,39	0,38	0,36	0,35	1						
Nombre événements (parent)	0,94	0,99	0,26	0,21	0,30	0,27	0,21	0,07	0,06	0,32	0,33	0,31	0,28	0,95	1					
Violence conjugale vécue (année)	0,20	0,21	0,31	0,26	0,35	0,16	0,33	0,36	0,23	0,28	0,37	0,22	0,27	0,20	0,19	1				
Violence conjugale vécue (vie)	0,23	0,25	0,14	0,14	0,15	0,18	0,20	0,12	0,27	0,12	0,25	0,07	0,14	0,26	0,24	0,56	1			
Exposition à la violence conjugale (enfant)	0,44	0,44	0,38	0,21	0,29	0,16	0,31	0,21	0,37	0,37	0,48	0,34	0,18	0,49	0,43	0,46	0,55	1		
Incohérence disciplinaire	0,31	0,29	0,20	0,35	0,29	0,37	0,19	-0,06	0,21	0,26	0,14	0,29	0,13	0,33	0,30	0,13	0,30	0,35	1	
Pratiques punitives	-0,15	-0,15	-0,39	-0,15	-0,14	-0,17	-0,25	-0,14	-0,22	-0,18	-0,08	-0,28	-0,05	-0,22	-0,15	-0,27	-0,17	-0,43	-0,37	1